

Comportamentos de saúde infanto-juvenis



realidades



perspetivas

Ficha Técnica

TÍTULO: COMPORTAMENTOS DE SAÚDE INFANTO-JUVENIS: REALIDADES E PERSPECTIVAS

ORGANIZAÇÃO: CARLOS MANUEL DE SOUSA ALBUQUERQUE

CAPA: RUBEN CARVALHO

FOTOCOMPOSIÇÃO GRÁFICA: NUNO COSTA, RUBEN CARVALHO

EDITOR:

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes Almeida, nº 102

3500-843 Viseu

Coordenação Editorial:

Anabela Maria Sousa Pereira

António José Eugénio de Oliveira

Carlos Manuel de Sousa Albuquerque

Filipe Jorge Gamboa Martins Nave

Isabel Maria Pereira Leal

João Carvalho Duarte

Jorge Bonito

Manuel Alves Rodrigues

Manuela Maria da Conceição Ferreira

Maria da Graça Ferreira Aparício Costa

Maria Madalena Jesus Cunha Nunes

Paula Alexandra de Andrade Batista Nelas

Vítor Daniel Ferreira Franco

Vítor Manuel Costa Pereira Rodrigues

ISBN: 978-989-96715-5-3

IMPRESSÃO: A. J. SÁ PINTO E FILHOS - ENCADERNADORES

TIRAGEM: 250 EXEMPLARES

MAIO - 2012



Apoios



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

Comportamentos de saúde infanto-juvenis



realidades

e

perspetivas

Agradecimentos

Comportamentos de Saúde Infanto-Juvenis: Realidades e Perspetivas é uma obra coletiva, multifacetada, que procura reunir o contributo de algumas dezenas de autores, nacionais e internacionais, sobre a promoção e a educação para a saúde, em diversos domínios científicos. Alguns destes trabalhos constituíram-se como conferências, outros como comunicações livres, e outros, ainda, como workshops e posters, todos apresentados e discutidos no I Congresso Nacional de Comportamentos de Saúde Infanto-Juvenis que decorreu dos dias 25 e 26 de Novembro de 2011, na Escola Superior de Saúde de Viseu.

O conteúdo de todos os trabalhos foi apreciado por uma Comissão Científica que o validou na versão que aqui se apresenta. O Organizador desta obra agradece, por isso, aos membros da Comissão Científica que aceitaram constituir a arbitragem científica dos trabalhos. À que reconhecer igualmente o apoio das outras comissões de trabalho e das instituições que nos motivaram a seguir em frente, salientando-se o apoio institucional do Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu e Fundação para a Ciência e Tecnologia, esta última pelo financiamento do projeto de investigação onde esta obra se insere.

Por fim, enumerar todos os outros que com o seu tempo e saber apoiaram e incentivaram a edição desta obra não é tarefa fácil, pois são numerosos e receia-se a possibilidade, sem intenção, de algum esquecimento. A todos, o nosso muito obrigado, com votos de que a reflexão que possa resultar da leitura dos trabalhos/artigos, leve ao planeamento e implementação de intervenções promotoras da saúde da população infanto-juvenil portuguesa.

Um último apontamento para salientar que o critério seguido na apresentação dos trabalhos, corresponde à sequenciação por ordem alfabética dos respectivos títulos dos artigos, incertos em cada um dos domínios temáticos que dão corpo ao presente livro.

Carlos Manuel de Sousa Albuquerque
Professor Adjunto – ESSV
Organizador e Coordenador



Prefácio



Prefácio

O livro ora publicado pela Escola Superior de Saúde de Viseu, organizado por Carlos Albuquerque, representa um vasto contributo para o debate sobre a influência dos comportamentos infanto-juvenis na saúde individual, familiar e coletiva.

A Saúde Pública Nova, em plena era do conhecimento, não ignora a importância dos problemas equacionados. Como se sabe, o objetivo central é prolongar a vida dos cidadãos, numa ótica de envelhecimento ativo, que abrange todo o ciclo de vida. Isto é, do nascimento ao final da vida. É neste contexto que os comportamentos de crianças em idade escolar são especialmente importantes.

A transmissão de mais informação aos cidadãos, na perspetiva de conduzir a maior aquisição de conhecimentos, tem em vista a adoção consciente de comportamentos saudáveis. É este o princípio que constitui a base daquele objetivo. Pedagogos, psicólogos, especialistas em ciências sociais, enfermeiros e médicos reconhecem a imensa complexidade da análise dos comportamentos em adolescentes. Temas tão oportunos como a educação sexual ou os padrões alimentares e, ainda, o perfil comportamental associado ao risco de acidentes ou, também, a obesidade ou o tabagismo, contam, com esta edição, com o apoio de textos reunidos ao estilo de coletânea de utilidade indiscutível.

São, hoje, bem conhecidas as relações causa-efeito entre certos fatores de risco e a incidência de doenças, tantas vezes evitáveis pelo próprio comportamento. Este binómio entre, por um lado, a certeza da inevitabilidade e, por outro, a (meramente) aparente simplicidade das opções a serem adotadas traduz a dificuldade da mudança para estilos de vida promotores de mais saúde.

Os epidemiologistas, ao analisarem as causas de mortalidade por grupos etários, identificam os grandes problemas de saúde pública que originam doença e morte. Na adolescência e nas idades juvenis os temas abordados nos capítulos que se seguem têm particular relevância, nomeadamente no que se prende com as dimensões que envolvem os acidentes, o álcool e o abuso de substâncias.

Por outro lado, a sexualidade assume um papel relevante na formação do adolescente e dos jovens. Reconhece-se que as “curtes” são inevitáveis – já os riscos que decorrem desses contactos devem ser seguramente evitados, incluindo a prevenção da gravidez não desejada.

Os especialistas em Saúde Pública estão, igualmente, preocupados com a prevenção do excesso de peso e da obesidade, uma vez que a alimentação naquelas idades e a promoção do exercício físico são determinantes. A este propósito, sublinhe-se a importância dos menus, na Escola como em casa, com menos calorias, com menos açúcares, menos sal e menos gorduras trans (isto é, gorduras de origem industrial). As crianças têm de voltar aos parques infantis em segurança, a andar de triciclo, de trotineta e de bicicleta. Adquirirem, desde muito cedo, hábitos de atividade física – têm de estar menos tempo à frente dos monitores de TV e dos computadores, fazerem mais ginástica em todos os graus de ensino, campeonatos interturmas, pingue-pongue. Ao mesmo tempo, há que controlar a publicidade nos grandes meios de comunicação social e, no que respeita à promoção da literacia, há que não ignorar a importância da leitura inteligente de rótulos. Distinguir um alimento saudável, com composição equilibrada, de um alimento inimigo da saúde é, mais do que nunca, essencial. Escola e Pais têm que conjugar esforços neste sentido. É uma questão de responsabilidade.

São inquietantes a facilidade de acesso a refrigerantes açucarados e a alimentos de má qualidade, quase sempre com altos teores de gorduras, açúcares e sal (High Fat Sugar Salt – HFSS). É preciso aumentar o acesso a bebedouros de água potável, para os adolescentes e jovens não serem levados a adquirir aqueles refrigerantes.

Novamente: mais informações geram mais conhecimentos e melhores opções.

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ÍNDICE



CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS LÍCITAS E ILÍCITAS

A INTERVENÇÃO DO CENTRO DE RESPOSTAS INTEGRADAS DE ÉVORA NO ÂMBITO DA REDUÇÃO DE RISCOS NAS FESTIVIDADES ACADÉMICAS	19
CIDADANIA E (ANTI)ÉTICA NO COMPORTAMENTO TABÁGICO: INFLUÊNCIAS DAS ESFERAS AMBIENTAL E FÍSICA.....	31
COMPREENDER O CONSUMO E A ABSTINÊNCIA DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ENTRE OS ALUNOS DO 12º ANO DE ESCOLARIDADE DO CONCELHO DE ESTREMOZ.....	45
O CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE OS ALUNOS DO 9º ANO DE ESCOLARIDADE DO DISTRITO DE BEJA: FATORES CARACTERIZANTES	57
PERCEÇÃO DO ADOLESCENTE SOBRE O HÁBITO DE FUMAR	75
PREVENÇÃO DO TABAGISMO: APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO "QUERO CRESCER SAUDÁVEL"	85

COMPORTAMENTO E PADRÕES ALIMENTARES

A INFLUÊNCIA DO FATOR AMBIENTAL NO SOBREPESO E OBESIDADE NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA: ESTUDO COMPARATIVO	97
ADOLESCÊNCIA E AS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR.....	113
DIFICULDADES NO CUMPRIMENTO DA DIETA: O CASO DA CRIANÇA QUE FREQUENTA A CONSULTA DE OBESIDADE INFANTIL DO HESE-EPE.....	125
OBESIDADE E IMAGEM CORPORAL: AVALIAÇÃO MATERNA EM CRIANÇAS DE NÍVEL PRÉ-ESCOLAR.....	133
PADRÕES ALIMENTARES E DESPORTIVOS: A INFLUÊNCIA NA AUTOIMAGEM E NA PERCEÇÃO DA SAÚDE.....	147
PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NA BEIRA INTERIOR.....	159
PROJETO "EDUCALIMENTAMIR" DO MUNICÍPIO DE MIRANDELA	173
RISCO METABÓLICO DOS PAIS: UM DESAFIO EMERGENTE NA PREVENÇÃO DO EXCESSO DE PESO	183

POLÍTICAS E PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

POLÍTICAS EDUCATIVAS E EDUCAÇÃO SEXUAL.....	195
POLÍTICAS SOCIAIS E RESPOSTAS EDUCATIVAS: CONTRIBUTOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE, DOS DIREITOS E DA CIDADANIA	205

PROMOÇÃO DA SEGURANÇA E PREVENÇÃO DE ACIDENTES

PERFIL COMPORTAMENTAL ASSOCIADO AO RISCO DE ACIDENTES NOS ADOLESCENTES PORTUGUESES	217
PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL.....	225

SAÚDE E AMBIENTE

EDUCAÇÃO AMBIENTAL: AS ATITUDES DOS JOVENS FACE AO AMBIENTE ...	239
PLANETA TERRA COMO UM SER VIVO EM MUTAÇÃO: QUE CONTRIBUTOS APRESENTAM OS MANUAIS ESCOLARES DO 1º CEB PORTUGUÊS?	249

SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR

<i>BULLYING, CYBERBULLYING</i> E OS <i>MEDIA</i> EM PORTUGAL: QUE RELAÇÃO?...	267
COMPORTAMENTOS DELINQUENTES EM ADOLESCENTES: PAPEL PARENTAL E ESCOLAR.....	279
DESENVOLVIMENTO DA APTIDÃO FÍSICA EM AULAS DE EF E AUTOCONCEITO CORPORAL E DE SAÚDE	291
INFLUÊNCIA DO ÍNDICE DE CPD E VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL DE UM GRUPO DE ADOLESCENTES	301
MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTOS DE SAÚDE	313
O ESTUDANTE DO ENSINO SUPERIOR E A PROMOÇÃO DA SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DO AUTOCONCEITO E DA SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL.....	329
OS JOGOS ELETRÓNICOS NO QUOTIDIANO INFANTIL: PERCEÇÃO DAS CRIANÇAS E PROFESSORES	339

PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA A SUSTENTABILIDADE DO STRESSE NA INFÂNCIA.....	361
PROJETO DE EDUCAÇÃO SEXUAL, GABINETE DA SEXUALIDADE: “EU, TU E O NOSSO CORPO”, NUMA ESCOLA SECUNDÁRIA	371
PROMOÇÃO DO SUCESSO ESCOLAR EM CRIANÇAS PORTUGUESAS DESFAVORECIDAS: UM ESTUDO SOBRE A RESILIÊNCIA.....	375

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

A SEXUALIDADE SOB O PONTO DE VISTA DE TRÊS GERAÇÕES (ALUNOS ADOLESCENTES, PAIS E AVÓS)	385
ATITUDES DE PAIS E PROFISSIONAIS FACE À SEXUALIDADE DA PESSOA COM TRISSOMIA 21	401
ATITUDES DOS TÉCNICOS FACE À SEXUALIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENTAL	417
ATITUDES FACE À SAÚDE SEXUAL: ESTUDO NUMA ESCOLA SECUNDÁRIA DA FIGUEIRA DA FOZ	425
ATITUDES FACE À SEXUALIDADE DOS ALUNOS DO 3º CICLO DO ENSINO BÁSICO	429
CONCEÇÕES DE ADOLESCENTES DOS 10 AOS 18 ANOS SOBRE EDUCAÇÃO SEXUAL E SEXUALIDADE.....	441
CONHECIMENTO SOBRE A INFEÇÃO POR VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO EM JOVENS ADULTOS	453
COMO AS INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS SÃO APRESENTADAS EM MANUAIS ESCOLARES DE 16 PAÍSES E QUE FORMAS DE PREVENÇÃO SÃO FACULTADAS.....	465
EDUCAÇÃO SEXUAL EM CONTEXTO ESCOLAR: OUTRO ANO ZERO?!	479
EDUCAÇÃO SEXUAL NO 2º CICLO DO ENSINO BÁSICO – DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO À INTERVENÇÃO	495
ESTUDO SOBRE SEXUALIDADE E COMPORTAMENTOS DE RISCO DA JUVENTUDE TIMORENSE: SUA IMPORTÂNCIA NA ELABORAÇÃO DE DOCUMENTOS ESCOLARES.....	505
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA.....	511

O CORPO NOS LIVROS DE EDUCAÇÃO SEXUAL.....	519

VIVÊNCIAS EM PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

O ADOECIMENTO DO TRABALHADOR DOCENTE DO CICLO BÁSICO I E II DA ESCOLA PÚBLICA MUNICIPAL DE BELÉM (PARÁ, BRASIL) NO DISTRITO ADMINISTRATIVO DO ENTRONCAMENTO.....	533
O ESTUDANTE DE ENFERMAGEM EM ENSINO CLÍNICO: IMPLICAÇÕES A NÍVEL FISIOLÓGICO E PSICOLÓGICO.	551
O PROCESSO DE INTERAÇÃO ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA E AS FAMÍLIAS NUM CONTEXTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA COMUNIDADE: O CASO “UM ALUNO, UMA FAMÍLIA” NA UNIVERSIDADE LÚRIO (NAMPULA, MOÇAMBIQUE).....	563
O SUJO E O LIMPO NA PERCEÇÃO DE FUTUROS PROFESSORES.....	581
PERCEÇÃO DE ADOLESCENTES COM 16 E 17 ANOS DE IDADE FACE AO ATENDIMENTO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM: URGÊNCIA DO CHTV, EPE ..	595
PERCEÇÃO DOS JOVENS FACE À VIOLÊNCIA NO NAMORO	603
RESILIÊNCIA EM JOVENS DO ENSINO SUPERIOR	615
“SE AS MINHAS COSTAS FALASSEM...” – EVIDÊNCIA DA EFETIVIDADE	627
SUORTE SOCIAL NA ADOLESCÊNCIA: IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO....	635
COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E VULNERABILIDADES RELACIONADOS COM O USO DAS NOVAS TECNOLOGIAS.....	647

**CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
LÍCITAS E ILÍCITAS**

A INTERVENÇÃO DO CENTRO DE RESPOSTAS INTEGRADAS DE ÉVORA NO ÂMBITO DA REDUÇÃO DE RISCOS NAS FESTIVIDADES ACADÉMICAS

THE INTERVENTION OF ÉVORA CENTER FOR INTEGRATED RESPONSES IN THE REDUCTION RISK IN ACADEMIC FESTIVITIES

Hugo Rebelo,¹ Jorge Bonito,² Sandra Ferro,³ Bernarda Cota,⁴ & Paulo Jesus⁵

¹ Bolseiro de Doutoramento em Ciências da Educação do Centro de Investigação Didática e Tecnologia na Formação de Formadores (CIDTFF) da Universidade de Aveiro. hrebelo@hrebello.com

² Professor Auxiliar da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora. Centro de Investigação em Educação e Psicologia (CIEP) da Universidade de Évora. Centro de Investigação Didática e Tecnologia na Formação de Formadores (CIDTFF) da Universidade de Aveiro. jbonito@uevora.pt

³ Técnica da Equipa de Prevenção do Centro de Respostas Integradas de Évora do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP. sandra.ferro@idt.min-saude.pt

⁴ Estagiária da Licenciatura em Ciências Sociais da Universidade Aberta no Centro de Respostas Integradas de Évora do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP. bernarda.cota@idt.min-saude.pt

⁵ Coordenador da Equipa de Prevenção do Centro de Respostas Integradas de Évora do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP. paulo.jesus@idt.min-saude.pt

RESUMO

O Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) iniciou, em 2008, o processo de planificação e organização de um programa de intervenção no âmbito da redução de riscos no decurso das festividades académicas. Como complemento desta medida, o Centro de Respostas Integradas (CRI) de Évora, através da sua Equipa de Prevenção, dinamizou o projeto “Risca o Risco”, com o objetivo de reduzir e prevenir comportamentos sexuais de risco, consumo de drogas e outros comportamentos de risco verificados em contexto académico universitário, através da rendibilização de recursos e respostas que já existiam na comunidade, fomentando a intervenção em rede e potenciando a troca e partilha de práticas de referência entre as diversas organizações e entidades. Este trabalho dá conta da avaliação da intervenção no âmbito do referido projeto nos anos de 2009 e 2010, com base na análise da informação dos questionários da formação, aplicados aos estudantes que integraram as equipas de voluntários, e na apreciação final do projeto. Foram recolhidos 10 questionários em 2009 e 10 em 2010. Os principais resultados apontam para a elevada qualidade e importância atribuída à formação recebida e a possibilidade de a aplicar e partilhar com os pares. Os voluntários classificaram a experiência como muito positiva e sugeriram, como aspetos a melhorar, uma maior divulgação do projeto, o espaço destinado à equipa nos recintos académicos, ajustes nos horários de intervenção e a identificação dos elementos das equipas.

Palavras chave: *prevenção; substâncias psicoativas; redução de riscos; intervenção.*

ABSTRACT

The Institute for Drugs and Drug Addiction (IDT) introduced, in 2008, the process of planning and organize an intervention program in reducing risks during the academic festivities. To complement this measure, the Center for Integrated Responses (CRI), of Évora, through its Prevention Team, has spurred the project "Risk the Risk", in order to reduce and prevent sexual risk behaviors, drug use and other risk behaviors seen in the academic to promote the profitability of the resources and answers that already existed in the community, encouraging network intervention and enhancing the sharing of best practices between the various organizations and entities. This work gives account of the evaluation of the intervention in the context of the aforementioned project in the years 2009 and 2010, based on the analysis of the training questionnaires information, applied to the students who were on the teams of volunteers, and the final assessment of the project. 10 questionnaires were collected in 2009 and 10 in 2010. The main results point to the high quality and importance given to the training received and power to apply and to share it with peers. The volunteers rated the experience as very positive and suggested, as aspects to improve, a wider dissemination of the project, better space for the team in the academic precincts, adjustments in intervention schedules and better identification of the elements of the teams.

Keywords: *prevention, psychoactive substances, risk reduction, intervention.*

1. INTRODUÇÃO

A transição dos jovens do ensino secundário para o ensino superior produz um conjunto de novos e complexos desafios, próprios dos contextos, vivências e exigências que se geram nos vários domínios da vida (Almeida, Ferreira & Soares, 2000). Aos jovens no ensino superior exige-se maior autonomia e, conseqüentemente, mais responsabilidades. Esta metamorfose psicossocial constitui-se como uma nova fase de adaptação, com a criação de inovadoras respostas para lidar com o novo ou, em oposição, com um período de dificuldades, confusão e possível desorientação (Freitas, 2004). A vida académica marca-se, também, pelo tipo e qualidade das relações interpessoais que se estabelecem nos contextos do ensino superior. A vulnerabilidade do jovem ao stress e as condições do contexto para responderem às suas necessidades constituem fatores determinantes para o (in)sucesso da adaptação à nova realidade. Neste domínio, Almeida, Ferreira e Soares (2000) opinam que os recursos e estratégias pessoais desenvolvidos anteriormente são determinantes para o resultado da gestão das diferenças entre o projetado e o encontrado, para os mecanismos de ativação de resolução de problemas e para as funções de gestão pessoal, interpessoal e académica. A percepção das situações como difíceis ou demasiado exigentes, associada a baixas crenças de autoeficácia, podem desencadear desadaptação às atividades académicas, pessoais e sociais, com problemas de stress, ansiedade, solidão e problemas económicos (Agante, 2009). A integração dos jovens em redes sociais formadas por pares e amigos tem revelado efeitos de melhor adaptação aos contextos adversos. Os pares facilitam a transição, o alívio do stress e oportunidades para validação de uma nova identidade pessoal. As interações conduzem a uma aculturação e à identificação do jovem com o seu papel de estudante.

Nestes ambientes, onde os pares são assumidos como modelos, estimulam-se os membros a viver novas experiências e desafios audazes, com comportamentos de risco, pelo facto de se situarem na *borderline* da aceitabilidade, assumindo-se como normais o consumo de substâncias psicoativas

lícitas e ilícitas e comportamentos sexuais desprotegidos ou práticas de violência, principalmente se em outras redes esses mesmos comportamentos forem distintos.

As festividades académicas (receção aos caloiros, queima das fitas) assumem-se como momentos altos da vida do estudante do ensino superior, por marcar o seu batismo purificador na entrada no mundo do conhecimento e, por outro lado, a saída vitoriosa com um grau académico na mão. Nestes atos, os modelos (alunos mais velhos) são elementos estruturantes, pelo que alegadamente incitam os jovens a adotar comportamentos que se situam na *borderline* do risco, em rituais de iniciação, de integração e diferenciação. Freyssinet-Dominjon e Wagner (2006) revelam que muitos jovens afirmam que fazem o que quer que seja, mas não com quem quer que seja, sendo um claro indicador do papel do grupo e da sanção que existe sobre o abstinente, rompendo os elos que os unem aos demais do grupo de pares. Nesse sentido, Turner e Shepherd (1999) e Rodriguez e Fuente (2007) reconhecem as mais-valias do recurso aos pares nas abordagens de redução de riscos, concluindo que: (a) este método é mais eficaz do ponto de vista dos custos; (b) esta abordagem é mais envolvente pela forma como implica os universitários; (c) os pares obtêm melhores resultados que os profissionais na transmissão da informação, uma vez que fica facilitado o processo de identificação; (d) os colegas podem constituir modelos de referência; (e) a educação pelos pares poderá ser benéfica para todos os que nada estão implicados; (f) esta abordagem tem mais probabilidades de ser aceite do que outras; (g) a educação pelos pares pode ser aí eficaz em situações em que os métodos convencionais não funcionam.

Conhecendo relativamente bem este contexto, o Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP (IDT) iniciou, em 2008, o processo de planificação e organização de um programa de intervenção no âmbito da redução de riscos no decurso das festividades académicas, socorrendo-se dos Centros de Respostas Integradas (CRI). Os CRI são estruturas locais de cariz operativo e de administração, referenciados a um território definido. Dispõem de equipas técnicas especializadas para as diversas áreas de missão (prevenção, tratamento, reinserção). São unidades de prestação de cuidados de saúde em regime ambulatorio especializada, na área das toxicodependências e do álcool, gratuitas e confidenciais.

Como complemento da iniciativa do IDT, o CRI de Évora protocolando com Associação Académica da Universidade de Évora (AAUE), através da sua Equipa de Prevenção, rubricou em 2008 o projeto *Risca o Risco*, com o objetivo de reduzir e prevenir comportamentos sexuais de risco, consumo de drogas e outros comportamentos de risco verificados em contexto académico universitário, através da rendibilização de recursos e respostas que já existiam na comunidade, fomentando a intervenção em rede e potenciando a troca e partilha de práticas de referência entre as diversas organizações e entidades. O projeto *Risca o Risco* nasce, assim, em 2009, através da participação de várias entidades públicas e privadas com atuação nas áreas da educação e promoção da saúde, proporcionando vários olhares no que respeita à prevenção e redução de comportamentos de risco. Na composição deste consórcio identificamos: Associação "Olhar Positivo" – Associação para a Prevenção, Ação e Desenvolvimento Social e Humano; Associação Académica da Universidade de Évora; Delegação do Alentejo da Associação para o Planeamento da Família (APF); Administração Regional de Saúde pelo Centro de Aconselhamento e Deteção Precoce do VIH SIDA (CADE); Câmara Municipal de Évora; Comando Distrital de Évora da Polícia de Segurança Pública; Comando Territorial de Évora da Guarda Nacional Republicana; Delegação de Évora da Cruz Vermelha Portuguesa; Direção Regional da Educação do Alentejo; Direção Regional do Alentejo do Instituto Português da Juventude (IPJ); Associação para a Promoção de uma Cultura de Segurança Rodoviária (GARE); Governo Civil de Évora.

Com a assinatura da *Carta de Compromisso*, iniciou-se um período de construção de uma identidade e definição de alguns conceitos e práticas. Nesta linha, foi definido um Plano de Ação que contemplou momentos formativos dirigidos à comunidade e aos técnicos das entidades, elaboração de um *Guia de Recursos* composto pelas várias respostas existentes no concelho, relacionados com as temáticas de atuação das entidades inclusas no projeto. Foram dinamizados espaços de informação em vários certames, desenvolvidas atividades de comemoração de dias temáticos, realizados seminários e oficinas de formação, concebido um logótipo, um concurso de spots e iniciadas articulações com a Universidade de Évora no sentido da elaboração de um trabalho de definição de metodologias de avaliação das intervenções em redução de riscos.

O projeto *Risca o Risco* permitiu congregar num só espaço de ação/reflexão as principais organizações públicas e privadas com intervenção na área da prevenção, educação e promoção da saúde e constituiu um marco importante no trabalho preventivo dinamizado pelo CRI de Évora. Através desta dinâmica, foi igualmente possível comunicar para a comunidade a existência de uma nova cultura de trabalho em parceria. O atual quadro de constrangimentos e dificuldades socioeconómicas afetaram o funcionamento de grande parte das entidades que compõem o projeto. Assim, nesta sequência e no quadro das medidas de reestruturação do Estado, foram extintas cerca de 50% das mesmas. Aguarda-se, de momento, que sejam definidas algumas linhas de orientação no que diz respeito nomeadamente às áreas da Saúde, Juventude e Desporto.

A intervenção de pares, definida superiormente pelo IDT, pressupôs que o recrutamento de jovens fosse feito junto da população universitária. Dada a existência de um protocolo de colaboração entre o CRI e a AAE, o processo de divulgação, mobilização e recrutamento dos voluntários foi entregue a esta entidade em parceria com os Núcleos de Estudantes das Licenciaturas de Ciências de Educação, Psicologia, Sociologia e Enfermagem. A seleção final ficou sob a responsabilidade da Equipa de Prevenção do CRI, tendo por base os critérios de idade, experiência em voluntariado, motivações e disponibilidade. Para a qualificação destes voluntários foram definidas 24 horas de formação, abordando os seguintes temas: fenómeno da toxicodependência; a intervenção em contextos recreativos e processos de comunicação; atitudes facilitadoras, intervenção em crise, organização e planeamento de intervenções. A componente prática da formação foi concretizada através da intervenção, sendo que cada voluntário deveria assegurar, obrigatoriamente, cinco horas. No final do processo de formação, cada mediador teve direito a um *Certificado de Frequência de Formação Profissional* emitido pelo IDT. As equipas de intervenção, devidamente identificadas, foram constituídas por 4-5 elementos. Procurou-se que fossem mistas e abrangentes em termos das faixas etárias, sendo recorrente a participação de outros mediadores mais velhos e com maior experiência. Na sua organização, eram definidas funções que passavam pelo papel de liderança e coordenação, organização da informação a disponibilizar e anotador. Para apoio técnico e logístico estava definido, no recinto, um espaço físico de referência que tinha como objetivo a disponibilização de materiais, acondicionamento de técnicos, e realização dos momentos de supervisão.

Uma vez que estas ações eram integradas no projeto *Risca o Risco*, as equipas de voluntários puderam contar com materiais de outras entidades, tais como a APF, GARE, IPJ e CAD. Ainda numa lógica de educação pelos pares, a ação destas equipas era reforçada, no terreno, com outras respostas e abordagens dinamizadas por parte dos parceiros, nomeadamente no que toca às questões da prevenção rodoviária e planeamento familiar.

Esta experiência de voluntariado suscitou o interesse da Fundação Eugénio de Almeida, entidade responsável pelo Banco de Voluntariado de Évora, no âmbito de um estudo encomendado ao Centro

de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia do ex Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. A pesquisa teve como objetivo o incremento das políticas de gestão e de promoção do voluntariado. Neste sentido, foi aplicado um questionário sobre voluntariado destinado às instituições do distrito de Évora (públicas e setor não lucrativo).

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1. Instrumento e participantes

Este trabalho, que reporta aos anos de 2009 e 2010, diz respeito aos dados recolhidos através de questionário, nas semanas académicas, nos períodos em que se verificaram as intervenções da equipa de voluntários. Os questionários de avaliação dos módulos de formação e da intervenção foram elaborados, respetivamente, pelo Núcleo de Formação do IDT e pelo Grupo de Intervenção no Ensino Superior (GIES) em estreita colaboração com o Núcleo de Redução de Danos do IDT. Contemplam genericamente os seguintes níveis de avaliação:

- Avaliação de Processo
 - Avaliação da Formação
 - Avaliação Final
 - Pelos profissionais do IDT
 - Pelos voluntários
- Perceção da intervenção pelo grupo alvo
 - Durante a semana académica (conhecimento da intervenção e grau de relevância)
 - Depois da semana académica (usando questionários enviados por correio eletrónico).

São apresentados neste artigo os resultados relativos às representações dos jovens voluntários, expressas no questionário de avaliação final. A componente qualitativa, de resposta aberta, consistiu em 5 questões: Q1 - “Quais os aspetos vividos como mais importantes?”; Q2 - “Quais os aspetos vividos como mais negativos?”; Q3 - “O que recebeu do projeto?”; Q4 - “O que deu ao projeto?”; e Q5 - “Que alterações gostava de ver implementadas?”. No final, o questionário apresentava ainda espaço para serem deixadas sugestões ou comentários ao projeto.

O questionário de avaliação final foi, nos dois anos, enviado por correio eletrónico para os voluntários, que o devolviam preenchido pela mesma via. Foram devolvidos 10 questionários em cada ano, sendo que em 2009 o número total de voluntários era de 28, o que corresponde a 35,8% de taxa de retorno. Em 2010 participaram 15 voluntários, obtendo-se uma taxa de retorno de 66,7%. Como se pode observar na Tabela 1, as equipas de voluntários eram constituídas maioritariamente por mulheres, sendo que em 2010 apenas elas devolveram questionários.

Tabela 1 – Participantes

		2009	2010
Sexo	Masculino	1	0
	Feminino	9	10
TOTAL		10	10

2.2 Metodologia

As respostas foram tratadas com recurso à técnica de análise de conteúdo de Bardin (2009) e apresentadas em tabelas, com a indicação das categorias encontradas *à posteriori*, as unidades de registo definidas e as respetivas frequências absolutas e relativas (expressas em percentagens). Em cada tabela, para facilitar a visualização e otimizar o espaço disponível, são apresentados os resultados para os anos de 2009 e 2010. Para as sugestões avançadas pelos respondentes não foi construída uma tabela, por não se julgar pertinente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relativamente à questão Q1 - “Quais os aspetos vividos como mais importantes?”, foram obtidas cinco categorias: equipas de voluntários; formação; atuação entre pares; transmissão de informação; e experiência pessoal (Tabela 2).

Tabela 2 – Aspetos vividos como mais importantes

Categoria	Unidades de registo	2009			2010		
		F	Itens total	%	F	Itens Total	%
Equipa de voluntários	Trabalho de equipa	3	6	23,1	-	5	20,8
	Companheirismo	1			-		
	Amizade/camaradagem	1			2		
	Simpatia	1			-		
	Sentido de responsabilidade com horários	-			1		
	Disponibilidade da equipa	-			2		
Formação	Conhecimento adquirido na formação	4	5	19,2	3	4	16,7
	Dinâmicas de grupo	1			-		
	Esclarecimento de dúvidas	-			1		
Atuação entre pares	Captar a atenção/aceitação dos colegas	1	6	23,1	2	8	32,3
	Interação entre pares	2			2		
	Diálogo com os estudantes	1			1		
	Sensibilização para a temática do projeto	1			2		
	Auxílio prestado	1			1		
Transmissão de informação	Partilha de informação	4	5	19,2	1	2	8,3
	Esclarecimento de dúvidas	-			1		
	Complementar a teoria com a prática	1			-		
Experiência pessoal	Sentir-me útil	2	4	15,4	-	5	20,8
	Diversão	1			1		
	Colaboração	1			-		
	Reconhecimento	-			1		
	Experiência de vida/voluntariado	-			3		
Missing		0		0 [*]	1		10,0 [*]

* Percentagem de alunos que não responderam à pergunta Q1.

No total, foram obtidos 22 indicadores diferentes, distribuídos pelas 5 categorias definidas. Os dois indicadores com maior frequência (F = 4) foram encontrados em 2009, correspondendo a «conhecimento adquirido na formação» e «partilha da informação», parecendo indicar a

importância atribuída à formação recebida e às informações prestadas aos jovens frequentadores do recinto académico. Em 2009, as categorias com maior percentagem de respostas foram a «equipa de voluntários» e «atuação entre pares», ambas com 23,1% de respostas, enquanto em 2010 a categoria «atuação entre pares» viu a sua importância reforçada, passando para os 32,3%. Assim, os voluntários parecem valorizar tanto os aspetos relacionados com a intervenção entre pares, confirmando as ideias de Turner & Sheperd (1999), como a própria atuação numa equipa composta por jovens que sabem trabalhar em grupo (2009 – F = 3), simpáticos, com companheirismo, amizade, disponibilidade e sentido de responsabilidade. É de salientar a importância da formação recebida (2009 – F = 5; 2010 – F = 4) e da partilha dessa mesma informação (2009 – F = 4). A «experiência pessoal» recebida com a participação no projeto foi assinalada por cerca de 21% dos respondentes em 2010.

Para a pergunta Q2 - “Quais os aspetos vividos como mais negativos” foram elaboradas quatro categorias (Tabela 3): entidades parceiras; contato com os estudantes; formação e logística.

Tabela 3 – Aspetos vividos como mais negativos

Categoria	Unidade de registo	2009			2010		
		F	Itens total	%	F	Itens Total	%
Entidades parceiras	Falta de apoio de uma entidade	1	1	12,5		2	16,7
	Local da banca de divulgação	-			1		
	Pouca organização da AE com credenciais	-			1		
Contato com os estudantes	Desinteresse de alguns estudantes	1	5	62,5	5	6	50,0
	Dificuldade de atuar nas últimas horas	1			1		
	Estudantes muito alcoolizados/drogados	1			-		
	Desconhecimento sobre drogas	1			-		
	Primeiro contato	1			-		
Formação	Formação em tempo de aulas	1	2	25,0	-	0	0
	Local distante	1			-		
Logística	Cansativo preencher questionários	-	0	0	1	4	33,3
	Local torna difícil a atuação	-			1		
	Banca com poucos recursos físicos	-			1		
	Poucos membros por intervenção	-			1		
Missing		5		50,0*	3		30,0*

* Percentagem de alunos que não responderam à pergunta Q2.

Foram encontrados catorze indicadores, com a particularidade de em 2009 não ter sido referida a categoria «logística», e de em 2010 não ter sido mencionada nenhuma vez a categoria «formação». Em 2009, cinco voluntários não indicaram qualquer aspeto negativo, e o mesmo foi feito por 3 voluntários em 2010. Estes resultados indicam que os aspetos positivos se sobrepõem, claramente, aos aspetos negativos. A categoria «contato com os estudantes» foi a que recolheu mais opiniões desfavoráveis, com 62,5% em 2009 e 50% em 2010, tendo sido o indicador «desinteresse de alguns estudantes» o mais referido (2010 – F = 5). Os voluntários sentiram que nem todos os estudantes valorizavam a iniciativa, e que alguns deles já se encontravam em estados muito elevados de alcoolemia.

Em relação às entidades parceiras, em 2009, destaca-se o facto de um voluntário ter sentido, numa situação concreta, pouca ajuda por parte de dois agentes da Polícia de Segurança Pública, que disse não estarem ao corrente da natureza do projeto, e, em 2010, o local da banca com informação foi referido como pouco indicado, para além de alguma desorganização na distribuição das credenciais por parte da AAUE. No que diz respeito à formação, as críticas surgiram associadas ao local e horário da formação, ambas em 2009, aspeto que foi melhorado em 2010 (a formação deixou de ser ministrada na sede do IDT, e passou a ser dada na AAUE).

Sobre os aspetos logísticos nas noites de intervenção, um dos voluntários referiu como negativo o preenchimento de questionários (questionário de conhecimento da intervenção e grau de relevância aplicado aos estudantes abordados pelo grupo). O local disponibilizado pela AAUE para instalar a banca de informação também recolheu uma resposta desfavorável, assim como a dimensão das equipas de intervenção e a quantidade reduzida de material informativo.

A análise de conteúdo da questão Q3 - “O que recebeu do projeto?” permitiu a construção de duas categorias, que já tinham emergido das respostas à Q1: formação especializada (2009 - 46,2%; 2010 - 34,8%) e “experiência pessoal” (2009 - 53,9%; 2010 - 65,2%), como se pode observar na Tabela 4.

Tabela 4 – O que recebeu do projeto

<i>Categoria</i>	<i>Unidade de registo</i>	2009			2010		
		F	Itens total	%	F	Itens Total	%
Formação especializada	Informação	3	6	46,2	3	8	34,8
	Formação	2			-		
	Conhecimento	1			3		
	Competências	-			1		
	Aprendizagem	-			1		
Experiência pessoal	Concretização de um objetivo	1	7	53,8	-	15	65,2
	Sentimento de utilidade	1			-		
	Competências pessoais	-			4		
	Valorização pessoal	2			-		
	Experiência	2			2		
	Convívio	1			1		
	Experiência de intervenção	-			3		
	Espírito de equipa	-			3		
	Motivação	-			1		
	Satisfação pessoal	-			1		

Em ambos os anos, os voluntários valorizaram, principalmente, a experiência pessoal ganha com a participação no projeto (10 indicadores), destacando-se o desenvolvimento de competências pessoais (2010 – F = 4) e a experiência adquirida (2009 – F = 2 e 2010 – F = 2). Os termos encontrados para a categoria «formação» são termos de significado muito próximo, e realçam a importância dos conhecimentos adquiridos.

Os voluntários foram, também, inquiridos sobre o que consideravam ter sido o seu contributo para o projeto (Tabela 5).

Tabela 5 – O que deu ao projeto

2009		2010	
Unidade de registo	Nº itens	Unidade de registo	Nº itens
Ajuda	4	Disponibilidade	4
Recursos humanos	2	Colaboração	2
Aplicação dos conhecimentos	2	Divulgação	1
Dedicação	2	Entrega	1
Empenho	2	Voluntariado	1
Tempo	1	Valorização	1
Interesse	1	Tempo	1
Confiança	1		
Disponibilidade	1		
TOTAL	16		11

Foram encontradas catorze unidades de registo, com uma frequência de 16 em 2009 e 11 em 2010 (1 *missing* em cada ano). Vocábulos como: «ajuda» (F = 4), «disponibilidade» (F = 4), «recursos humanos» (F = 2), e «colaboração» (F = 2), revelam que os voluntários consideram que dão ao projeto, fundamentalmente, a sua disponibilidade, quer física quer de tempo, e colaboração, ou seja, sentem que realizam a sua tarefa com empenho e qualidade.

A análise de conteúdo realizada à pergunta Q5 - “Que alterações gostava de ver implementadas?” resultou em 5 categorias e um total de 18 unidades de registo. Destaque-se que 90% dos voluntários, em 2009, responderam a esta questão, pese embora em 2010 apenas 30% o tenham feito (Tabela 6).

Tabela 6 – Que alterações gostava de ver implementadas

Categoria	Unidade de registo	2009			2010		
		F	Itens total	%	F	Itens Total	%
Banca	Maior exposição	1	3	17,8	-	2	28,6
	Espaço maior	1			1		
	Espaço melhor sinalizado	1			1		
Formação	Horário	1	5	31,3	-	0	0
	Mais módulos	1			-		
	Mais dinâmicas de grupo	2			-		
	Local menos distante	1			-		
Divulgação	Mais atempada	1	1	6,3	-	5	71,4
	Mais alargada no tempo	-			2		
	Mais alunos	-			1		
	Alunos de mais cursos	-			2		
Parcerias	Maior apoio das entidades parceiras	1	2	12,5	-	0	0
	Mais parcerias	1			-		
Intervenção	Identificação	1	5	31,3	-	0	0
	Mais intervenções	1			-		
	Turnos mais alargados	1			-		
	Melhor gestão dos passes de entrada	1			-		
	Melhor gestão dos voluntários	1			-		
Missing		1		10,0*	7		70,0*

* Percentagem de alunos que não responderam à pergunta Q5.

Como já tinha sido referido anteriormente, na discussão dos resultados apresentados na Tabela 3, em 2010 surgiu novamente a opinião de projetar melhorias na banca de informação (28,6%), a nível da sua dimensão e correta sinalização. A categoria que registou mais itens foi «divulgação» (71,4%), sendo sugerido que sejam envolvidos mais alunos, de mais cursos, e que a intervenção tenha um período de duração superior. Em 2009 as respostas tinham sido bastante diferentes. Sugeriam que as melhorias se deveriam operar, principalmente, a nível da «formação» e da «intervenção» (31,3%, *ex aequo*). De facto, a análise prévia dos questionários em 2009, realizada pelo CRI, detetou precisamente estas necessidades, tendo imprimido as mudanças na edição de 2010, ao nível do local de formação, sendo compreensível a ausência de respostas nesta categoria no último ano em apreciação.

Por fim, os voluntários foram solicitados a apresentar sugestões de melhoria ao projeto. Em 2009 foram feitas seis sugestões:

- apostar na publicidade da campanha, tanto no recrutamento de voluntários como na presença na queima;
- identificação dos voluntários;
- mais agentes da autoridade envolvidos na ação;
- tornar o projeto maior (nacional)
- convidar mais pessoas com experiências para partilhar (na formação)
- haver uma estrutura mais central (banca de informação)

Em 2010 foram realizadas três sugestões:

- a intervenção podia feita a nível escolar (básico e secundário)
- o projeto deve apostar na intervenção como complemento da formação;
- criar campanhas de sensibilização pelos vários polos da universidade.

4. CONCLUSÃO

As festividades académicas constituem eventos marcantes na vida do estudante universitário, celebração da meta alcançada: a entrada no mundo do ensino superior e a saída com o grau académico. São, por isso, momentos de lazer, alegria, euforia e liberdade para serem colocados em ato um conjunto de ações que atingem, com frequência, a *borderline* do risco. Nestes ambientes, sob forte influência dos pares que integram os jovens em redes sociais, é frequente registaram-se consumos de substâncias psicoativas e assumirem-se comportamentos sexuais que colocam em risco o equilíbrio da saúde. A mediação por pares é, ao mesmo tempo, um programa e um processo. Constitui, por isso, um método de resolução e gestão alternativa de conflitos, regulamento socialmente e recompondo a prática das relações humanas (Luison & Valastro, 2004). O mediador é um educador social. Estimula a capacidade de reflexão do grupo onde atua, conduzindo à consciencialização dos efeitos e consequências dos seus atos, fornecendo elementos para a responsabilidade social. Este processo tem-se mostrado eficaz, mudando a forma como os alunos entendem e resolvem conflito nas suas vidas. As mudanças incluem melhoria da autoestima, a escuta e competências de pensamento crítico, e clima para a aprendizagem. Essas habilidades são transferíveis para fora da sala de aula como, por exemplo, contextos de consumo de substâncias psicoativas (Associação Humanidades, s.d.).

O projeto *Risca o Risco*, promovido pelo IDT, pretende proporcionar vários olhares relativamente à prevenção e redução do comportamentos de risco, investindo na mediação por pares. Este trabalho procurou analisar a avaliação realizada pelos jovens voluntários envolvidos acerca do processo de formação e da intervenção, nos anos de 2009 e 2010, na semana académica da Universidade de Évora. A informação recolhida, em questionário, revela a forte valorização que é atribuída à mediação por pares, confirmando as ideias de Luison e Valastro (2004). Destaca-se a qualidade da formação recebida e a partilha de informação pelos demais. Ainda assim, o contato com os estudantes pelos pares parece ter sido, ainda, o aspeto vivido como mais negativo, fosse por estarem demasiado alcoolizados, pelo seu desinteresse ou pelo desconhecimento sobre os tipos de substâncias psicoativas. Os voluntários referiram a experiência pessoal vivida como positiva, manifestando disponibilidade para este tipo de iniciativas. Porém, numa reflexão realizada, opinam que a formação deve ser mais alargada, com mais dinâmicas e que a intervenção necessita de uma logística de maior detalhe.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Agante, D. (2009). *Comportamentos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas durante as festas académicas nos estudantes do ensino superior*. Dissertação de mestrado (inérita). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- (2) Almeida, L., Ferreira, J., & Soares, A. (2000). Transição e adaptação à universidade: apresentação de um questionário de vivências académicas (QVA). *Psicologia*, 14(2), 189-208.
- (3) Associação Humanidades (s.d.). *Manual de prevenção do uso de drogas para mediadores*. Lisboa: Humanus – Associação Humanidades.
- (4) Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- (5) Boqué Torremorell, M. C. (2005). *Tiempo de mediación*. Barcelona: Editorial CEAC.
- (6) Brandoni, F. (1999). *Mediación escolar. Propuestas, reflexiones y experiencias*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- (7) Freitas, H. (2004). *Adaptação do estudante do ensino superior e rendimento académico: um estudo com estudantes do primeiro ano de enfermagem*. Dissertação de mestrado (inérita). Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- (8) Freyssinet-Dominjon, J., & Wagner, A. (2006). *Os estudantes e o álcool: formas de beber na nova juventude estudantil*. Coimbra: Quarteto.
- (9) Luison, L., & Valastro, O. M. (2004). Du processus aux pratiques de médiation. *Esprit critique*, 6(3), 3.
- (10) Rodriguez, M., & Fuente, A. (2007). *Prevenção de toxicodependências no ensino superior*. Beja: Instituto Politécnico de Beja
- (11) Schabbel, C. (2002). *Mediação Escolar de pares. Semeando a paz entre os jovens*. s.l.: Willis Harmann House.
- (12) Turner, G., & Sheperd, J. (1999). A method in search of theory: peer education and health promotion. *Health education research*, 14(2), 235-247.

CIDADANIA E (ANTI)ÉTICA NO COMPORTAMENTO TABÁGICO: INFLUÊNCIAS DAS ESFERAS AMBIENTAL E FÍSICA

CITIZENSHIP AND THE (ANTI)ETHICS IN THE SMOKING BEHAVIOR: INFLUENCE OF THE PHYSICAL AND ENVIRONMENTAL DIMENSIONS

Maria Boné¹ & Jorge Bonito²

¹ Agrupamento de Escolas de Monforte. Universidade de Évora. aurorabone@hotmail.com

² Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora. Centro de Investigação em Educação e Psicologia (CIEP) da Universidade de Évora. Centro de Investigação Didática e Tecnologia na Formação de Formadores (CIDTFF) da Universidade de Aveiro. jbonito@uevora.pt

RESUMO

O hábito tabágico começa a ser criticado e repudiado em muitos ambientes sociais. Os malefícios provocados pelo fumo constituem um dos fatores desencadeantes. Não existe regulamentação, acerca da exposição das crianças a ambientes confinados privados de fumo involuntário. Comumente, as crianças habitam em lares onde os adultos fumadores não se abstêm da prática do consumo de tabaco, estendendo-se este problema ao interior das viaturas automóveis onde viajam. O Código Civil Português garante a proteção dos indivíduos contra qualquer ofensa ilícita e ameaça de ofensa à personalidade física ou moral, definindo, que a pessoa ameaçada ou ofendida tem a possibilidade de requerer medidas adequadas visando evitar a consumação da ameaça ou minimizar os efeitos da ofensa já cometida. As crianças são objeto de violações à sua integridade física, função do seu fraco poder de decisão, pensamento e consentimento. As crianças não denunciam a exposição ao fumo passivo. Estamos perante uma realidade lesiva, onde a liberdade individual é desrespeitada. As crianças estarão a ser sujeitas a crime envolvendo as componentes ambiental e física. Enquanto cidadãos com direitos, mesmo com a implementação da Lei nº 37/2007, estão sujeitas ao fumo passivo, que decorre da sua exposição em ambientes privados, de natureza familiar, não entendendo o legislador que esta matéria constitua crime ou violação de algum articulado legislativo.

Palavras-chave: prevenção; comportamento tabágico; regulamentação

ABSTRACT

The smoking habit starts being criticized and rejected in many social settings. The harm caused by the smoke smoking is one of the triggering factors. There is no regulation regarding the exposure of children to confined environments free from involuntary smoking. Commonly, children live in homes where smoking adults do not abstain from smoking. This problem extends to the interior of cars where children travel. The Portuguese Civil Code protects individuals against any illicit offense and threat of harm to physical or moral integrity, establishing that the person threatened or offended, has the ability to require appropriate measures aimed at preventing the materialization of the threat, or minimize the effects of the committed offense. Children are subject to violations of their physical integrity, due to the weak power to take decisions, reasoning and consent. Children do not report exposure to secondhand smoke. We face a detrimental reality, where individual freedom is not respected. Children are victims of crime, involving the physical and environmental components.

As citizens with rights, even with the implementation of Law No. 37/2007, they are subject to secondhand smoke, due to their exposure in private settings of familiar nature. The legislator doesn't consider that this issue constitutes a crime or violation of some laws and regulations.

Keywords: prevention, smoking behavior; regulations

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica o tabagismo como a principal causa evitável de doença e mortalidade nas civilizações ocidentais. Anualmente, na União Europeia (UE), mais de meio milhão de mortes são devidas ao consumo de tabaco fumado. Acredita-se que 15% da mortalidade e 25% das mortes por cancro que se registam na UE são devidas ao consumo de tabaco. Os dados da investigação apontam para que a iniciação tabágica na UE ocorra ainda antes dos 14 anos de idade e mais de metade dos jovens que experimentam fumar, tornaram-se dependentes. Por outro lado, a presença em ambientes contaminados com fumo do tabaco conduz à sua inalação, fenómeno designado de tabagismo passivo. Este trabalho procura, por isso, por um lado, fazer um balanço da dimensão do problema do consumo de tabaco, ativo e passivo e, por outro, refletir, à luz do quadro legislativo português cumulativamente a uma perspetiva ética, acerca da exposição involuntária a ambientes de fumo, particularmente de pessoas com incapacidade de se defenderem desses meios agressivos.

2. ACERCA DO TABACO

Para os primeiros contactos com a planta *Nicotiana tabacum*, L. 1753 (Família Solanaceae, Juss., 1789) teríamos de recuar até ao século XV, período relacionado com a chegada de Colombo à América. Rapidamente, o tabaco difundiu-se pela Europa, particularmente pelo seu considerado valor terapêutico. Percebendo a sua célere aceitação, a Coroa Espanhola submeteu-o a um regime de monopólio estatal, tendo vindo a ser liberalizado o seu comércio a partir do século XVIII.

As guerras napoleónicas foram responsáveis por se estender o contacto com o tabaco a todos os exércitos da Europa. A partir do 1850, os americanos passaram a dominar o fabrico de cigarros, em forma de monopólio e com uma forte campanha de marketing, gerando-se, em consequência, um *boom* no consumo de tabaco, afetando cerca de metade da população mundial por todos os países.

As substâncias produzidas pela combustão do tabaco (vapores orgânicos, gases, partículas de compostos) chegam aos pulmões através do fumo passando, algumas, para o fluxo sanguíneo. A substância mais conhecida é a nicotina, responsável pela maioria dos efeitos produzidos pelo consumo de tabaco. Com efeito, este alcaloide, uma vez em contacto com o organismo (boca, nariz, faringe) é absorvido pelas mucosas, podendo permanecer no sangue até 2 h, se inalado de forma profunda. A nicotina atua no Sistema Nervoso Central (SNC) como um ativador dos receptores colinérgicos nicotínicos. Aumenta as concentrações de cortisol, dopamina (consequentemente, da adrenalina e da noradrenalina), entre outras hormonas e neurotransmissores, que interferem no efeito da estimulação. Provoca, também, dependência física. A nicotina é uma substância muito aditiva.

O fumo contém mais de 7000 compostos químicos (fenóis, amoníaco, ácido cianídrico, etc.) conhecidos, em geral, por irritantes, gerando mecanismos de defesa dos pulmões, que se traduzem na constrição dos brônquios, no aumento da secreção das glândulas da mucosa e em tosse. O

alfabenzopireno é um dos hidrocarbonetos agente cancerígenos que se liberta do consumo do tabaco, para além de outro conjunto de agentes (mais de 40) com efeitos similares. As substâncias adicionadas aos produtos do tabaco, tais como amónia, cacau, glicerina, mentol, baunilha e aromatizantes, entre outras, têm, também, consequências ainda não inteiramente conhecidas para a saúde, uma vez queimadas e inaladas (IDT, 2009).

O monóxido de carbono é um gás incolor com elevado poder tóxico, encontrando-se em elevadas concentrações no fumo do tabaco. A hemoglobina tem cerca de 220 vezes mais afinidade com este gás do que com o oxigénio, diminuindo a capacidade dos eritrócitos para transportar o gás vital.

O consumo de tabaco gera vários efeitos estimulantes e depressores. Pode ocorrer hipotonia muscular e diminuição dos reflexos tendinosos. Surgem também náuseas, vômitos e enjoos, particularmente nas pessoas não tolerantes ao fumo do tabaco. Fumar aumenta as frequências cardíaca e ventilatória e a pressão arterial. Os níveis de gasto de energia aumentam com o consumo de tabaco. De forma mais localizada, o fumo do tabaco atua sobre os sistemas respiratório, circulatório, digestivo e no processo da gestação. O fumo irrita as vias aéreas, com consequente aumento de mucosidade e dificuldade em eliminá-la que, de forma continuada, pode evoluir para bronquite crónica, obstrução crónica do pulmão e enfisema pulmonar. A resistência dos fumadores é inferior quando comparada com as dos não fumadores. A investigação encontrou uma forte correlação entre tumor maligno do pulmão e o consumo de tabaco.

Relativamente ao sistema circulatório, está descrito que as substâncias do fumo do tabaco provocam arteriosclerose, favorecendo o desenvolvimento de enfarte agudo do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais. Ao nível do sistema digestivo, nos fumadores crónicos registam-se úlceras digestivas, laringite e faringite, afonia e alterações do olfato, pigmentação anormal da língua e dos dentes, disfunção das papilas gustativas e cancro do estômago e da boca.

O tabaco, porém, ajuda a memória, diminui a agressividade e a ansiedade, o aumento de peso e o apetite relativamente aos glicídios. A nicotina, enquanto estimulante, produz no SNC uma sensação de satisfação que, reiteradamente, leva à sua dependência.

O consumo de tabaco está a espalhar-se rapidamente em países em desenvolvimento e entre as mulheres (OMS, 2004). O tabagismo encontra-se, associado ao nível educacional e socioeconómico das populações, mas também ao sexo. Nos países em desenvolvimento, 50% dos homens e 9% das mulheres fumam, enquanto nos países desenvolvidos, há 35% de homens fumadores e 22% de mulheres consumidoras de tabaco (OMS, idem). Em todo o mundo são atribuídas ao tabaco 8,8% de mortes e 4,1% de Disability Adjusted Life Years – DALYs (OMS, idem). Nos países em desenvolvimento com grande mortalidade, a percentagem de mortos atribuída ao tabaco é de 7,5 para os homens e de 1,5 para as mulheres, valores que se incrementam nos países em desenvolvimento com baixa mortalidade (12,2% para homens e 2,9% para mulheres). Nos países desenvolvidos, a mortalidade é ainda superior, com 26,3% e 9,3%, respetivamente, para homens e mulheres.

Em Portugal, no ano 2000, registaram-se 8100 mortes causadas pelo tabaco (Precioso et al., 2009). A este elevado número de óbitos associou-se um conjunto de patologias desencadeadas pelo fumo. Das enfermidades anteriormente referidas, destacam-se os diversos tipos de cancro (42%), doenças vasculares (22,2%) e doenças respiratórias (17,3%) (Precioso et al., idem). Para que melhor se avalie a dimensão destes números, refira-se que no ano 2000 ocorreram, no nosso país, 4769 mortes por causas externas (suicídios, acidentes de viação, acidentes de trabalho, entre outros).

Maioritariamente, a iniciação tabágica, na UE, ocorre em idades inferiores a 14 anos e mais de metade dos jovens que experimentam, tornam-se dependentes. Os fumadores considerados

dependentes são os que fumam diariamente, constituindo cerca de 90% do total. Nestes, a desabitação do ato de fumar é muito difícil de ocorrer.

Estudos do Health Behaviour in School-Aged Children revelam que os hábitos tabágicos em adolescentes escolarizados, com 15 anos, em 12 países europeus, sofreram alterações entre 1987 e 2006 (HBCS, 2009). Tem-se verificado uma tendência decrescente na prevalência do consumo de tabaco nas raparigas, à exceção de Portugal (1998 - 10%; 2002 – 19,5%), Irlanda (1998 – 16,0%; 2002 – 16,5%), Finlândia (1994 – 26,0%; 1998 – 20,0%; 2002 – 23,3%) e Alemanha (1994 – 29,0%; 1998 – 25,0%; 2002 – 28,7%). Nestes dois últimos países, apesar dum decréscimo registado de 1994 para 1998, a prevalência voltou a subir em 2002. Refira-se que Portugal apresenta o maior aumento verificado neste período.

Relativamente ao consumo de tabaco por parte do sexo masculino, os resultados obtidos revelam uma tendência geral de diminuição da prevalência. Na Finlândia, porém, para além da diminuição da prevalência de 30% em 1994 para 19% em 1998, seguiu-se um aumento para 22,1% em 2002. Na Alemanha a prevalência foi crescente (21% em 1994, 22% em 1998 e 26,3% em 2002) e na Dinamarca assistiu-se a um aumento de prevalência de 14% em 1994 para 15% em 1998, tendo sido registado um decréscimo para 13,7% em 2002. Em Portugal, os números revelam uma prevalência estável entre 1998 e 2002 (de 13,0% para 13,1%) (Precioso et al., 2009). Registe-se que pela primeira vez, em Portugal, a percentagem de raparigas fumadoras na faixa etária dos 15 anos era muito superior à dos rapazes.

A prevalência das adolescentes fumadoras portuguesas posiciona-se levemente acima da média dos 15 países analisados (19,2%). Em 1998, este valor situava-se bastante abaixo do valor dos países estudados. Nos rapazes, a prevalência não sofreu praticamente evolução. No ano de 1998, em Portugal, o valor cifrava-se abaixo dos valores registados nos restantes países estudados (16,4%).

Considerando a informação fornecida pelos Inquéritos Nacionais de Saúde (Portal da Saúde, 2009), efetuados em 1987, 1996 e 1999, no sexo masculino, a proporção de fumadores tem vindo a diminuir, à exceção do grupo etário dos 35-44 anos. Contrariamente, a tendência de consumo de tabaco no sexo feminino tem vindo a aumentar, de acordo com dados do Observatório Nacional de Saúde (Dias, 2009).

Em 1999, as estimativas da OMS apontavam para que cerca de metade das crianças respirassem ar contaminado pelo fumo do tabaco, nas suas habitações (OMS, 1999). Um estudo apoiado pela OMS, aponta no sentido de morrerem anualmente no mundo mais de 600 000 não fumadores devido à exposição passiva ao Fumo Ambiental do Tabaco (FAT) sendo que 28% destas mortes são crianças (Öberg, Jaakkola, Woodward, Peruga, & Prüss-Ustün, 2011). Este estudo revela ainda que a carga da doença causada pelo tabagismo passivo atinge os 10,9 milhões de DALYs, sendo 61% em crianças. Um elevado número de crianças estão também expostas ao fumo passivo no carro. Nestes veículos são criados microambientes onde os passageiros podem estar expostos ao FAT se alguém fumar no seu interior (Jones et al., 2009). Focalizando-nos em Portugal, estudos realizados são reveladores de que 35 a 40% das crianças portuguesas estão expostas diariamente ou ocasionalmente ao FAT pois os seus familiares próximos fumam em casa, nomeadamente pais e irmãos (Precioso, Calheiros & Macedo, 2005).

3. TABAGISMO PASSIVO

A inalação do fumo proveniente de derivados do tabaco, por parte de não fumadores que partilham, com fumadores, ambientes fechados pode definir-se como tabagismo passivo. O fumador passivo

inspira involuntariamente o fumo proveniente do cigarro, cachimbo, charuto ou cigarrilha. O fumador ativo é também fumador passivo quando está num ambiente fechado, inspirando o fumo que ele próprio expele. Um cigarro produz dois tipos de fumo: (a) o que o fumador aspira e devolve depois de filtrado nos pulmões – fumo de primeira mão ou de primeira ordem, (b) o que sai diretamente do cigarro, possuindo este, as mesmas substâncias tóxicas do que é aspirado pelo fumador – fumo de segunda mão ou de segunda ordem.

O fumo dos derivados do tabaco em ambientes fechados é denominado de poluição tabágica ambiental (PTA). O fumo do tabaco pode ser considerado o principal poluente do ar interior, com a possibilidade de ser evitado, não existindo um nível seguro de exposição (Portal da Saúde, 2006). Se tivermos presente que passamos grande parte do nosso tempo em espaços confinados, tais como trabalho, residência e locais de lazer, a permanência nesses ambientes, quando poluídos pelo fumo do tabaco, promove a absorção de quantidades de substâncias, tais como a nicotina, em concentrações semelhantes às de quem fuma. Segundo a OMS (citado em Albanese, 2000), a PTA é a responsável por 85% da poluição no ambiente do ar interno. O ar tabagicamente poluído pode conter, em média, o triplo nicotina e de monóxido de carbono, bem como cinquenta vezes mais substâncias cancerígenas comparativamente ao fumo que o fumador aspira através do filtro do cigarro. A partilha de ambientes fechados, com fumadores, leva à inalação, como se disse, de mais de 7000 substâncias que podem prejudicar gravemente a saúde. A exposição ao fumo do cigarro leva a que os não fumadores absorvam também, embora em menor quantidade, nicotina, monóxido de carbono e outras substâncias tal como os fumadores. A área do espaço, a intensidade da exposição e a qualidade da ventilação do local influenciam a quantidade de tóxicos absorvidos pelos indivíduos.

A correspondência entre a inalação do FAT e as doenças por ele desencadeadas é cientificamente aceite desde 1972 (Blum-Boisgard, 1996). É recente a noção de que a exposição continuada ao fumo do tabaco é um risco para a saúde e que pode causar, para além de incómodos, diversas patologias graves, tais como agravamento da sintomatologia em doentes com asma, problemas alérgicos e aumento do risco de desenvolver doenças do coração e cancro do pulmão (American Cancer Society, 1998; American Lung Association, 1998). A nível mundial, e segundo a OMS, (2004) entre as três mais representativas causas de morte evitável encontra-se o tabagismo passivo em 3º lugar, apenas ultrapassado pelo tabagismo ativo e pelo consumo excessivo de álcool. Dados divulgados pela campanha Help - uma vida sem tabaco, iniciativa da UE iniciada em 2005, revelam que, na Europa, anualmente, mais de 19 000 óbitos em não fumadores resultam do FAT. Considerando apenas os países da UE, o fumo passivo é responsável por 4000 óbitos anuais por cancro do pulmão (Melero, Flores, & Anda, 1997). As vítimas são, maioritariamente, intoxicadas na sua própria residência. Seria seguramente evitado ou reduzido o número de mortes se estes indivíduos não tivessem de se sujeitar ao fumo produzido pelo tabaco dos fumadores. Em alguns ramos de atividade, como a indústria hoteleira e os estabelecimentos de diversão noturna (bares, discotecas), o exercício profissional coloca os funcionários ao tabagismo passivo, que pode atingir níveis de exposição muito elevados relativamente à generalidade da população e a outros locais de trabalho (Portal da Saúde, 2006).

As doenças provocadas pelo tabaco nos fumadores passivos podem ser as mesmas que o consumo tabágico provoca nos fumadores ativos. Irritação nos olhos, manifestações nasais, tosse, cefaleia, agravamento de problemas alérgicos, principalmente das vias respiratórias e aumento de problemas cardíacos, assim como a elevação da pressão arterial e angor pectoris, são efeitos imediatos da PTA. Está provado que o FAT é um carcinogénico humano do grupo 1. A International Agency for Research

on Cancer, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Atlanta, a Environmental Protection dos EUA, o National Institute of Occupational Safety and Health e a Californian Environmental Protection Agency, além de outras entidades internacionais, confirmam essa evidência (Portal da Saúde, 2006). A exposição ao fumo do tabaco é, sem qualquer margem para dúvida, nociva para todos os indivíduos, no entanto, os grupos com maior suscetibilidade a esses efeitos são: os bebês, crianças, mulheres grávidas, idosos e pessoas com problemas respiratórios e cardíacos (Gidding et al., 1994; American Cancer Society, 1998).

Nas crianças, o risco de se desenvolverem doenças respiratórias é de mais 60%. Destacam-se nessas patologias, a bronquite, bronquiolites e pneumonia, nos primeiros 18 meses de vida, quando estão expostas ao fumo tabágico (Portal da Saúde, 2006). Um conjunto de estudos referidos por Calheiros (2003) mostra que o FAT aumenta, significativamente, o risco de desenvolver asma, e no caso das crianças asmáticas os ataques de asma podem tornar-se mais frequentes e de maior gravidade.

Associada ao FAT está também a ocorrência de patologias cardíacas (Repache, Kawachi & Glantz, 1999). Segundo a American Cancer Society (1998), calcula-se que em média, nos EUA, o número de mortes por doenças do coração em não fumadores, expostos a ambientes tabagicamente poluídos, é de 35000 a 40 000. No caso de Portugal, a incidência das várias patologias relacionadas com o fumo passivo por 10 milhões de habitantes é, de acordo com Nogueira (2003), a seguinte: (a) baixo peso à nascença - 360 a 690; (b) óbitos por síndrome de morte súbita - 70 a 100; (c) infeção no ouvido médio (crianças) - 26 000 a 59 000; (d) asma (crianças) - 300 a 960; (e) agravamento de episódios de asma - 15 000 a 37 000; (f) bronquite/pneumonia em crianças (< 18 meses) - 5 500 a 11 000; (g) cancro do pulmão - 100; (h) doença isquémica cardíaca - 1 000 a 2 300. Os não fumadores, expostos nos locais de trabalho ao fumo passivo, incorrem no risco de desenvolver cancro do pulmão em mais 20% (Portal da Saúde, 2006). Outro efeito adverso do fumo passivo é a possibilidade de triplicar o risco de incidência da osteoporose nas mulheres em idade pré-menopausa. Perante as consequências, parece-nos estar na presença de um problema de saúde pública, por prejudicar gravemente a saúde de fumadores e de não fumadores. Segundo Carmona (2006), nas Observações na conferência de imprensa para lançamento da saúde - Consequências da exposição involuntária ao fumo de tabaco: um relatório do cirurgião geral afirma, com base em evidências, que não existe nível algum de segurança relativamente à exposição ao fumo passivo.

4. DA LEI DO TABACO E DA PROMOÇÃO DE ESPAÇOS LIVRES DE FUMO

O regime de proteção contra os malefícios do tabaco está presente nas intenções de Leis e Portarias que foram emergindo, resultantes das preocupações dos governantes. Em 1 de outubro de 1968, entrou em vigor a Portaria nº 23440, de 19 de junho de 1968, conjunta dos Ministérios dos Transportes e da Saúde e Assistência, que definia a proibição de fumar nos veículos de transportes coletivos urbanos. A génese desta Portaria fundamentou-se no parecer dos serviços técnicos de salubridade da Direção-Geral de Saúde, que considerou prejudicial à saúde dos utilizadores o ar poluído pelo fumo do tabaco a que eram expostos nos referidos veículos.

Com base na fundamentação da Portaria acima referida, as medidas proibitivas foram alargadas aos utilizadores dos transportes coletivos rodoviários interurbanos, ferroviários e fluviais de acordo com um novo quadro legislativo, dos Ministérios dos Assuntos Sociais e Transportes e Comunicações (Portaria nº 212/78 de 18 de abril), que entrou em vigor no dia 1 de maio de 1978, revogando a anterior Portaria nº 23440.

Esta legislação definiu a interdição de fumar nos seguintes locais: (1) nos veículos de transporte coletivo de passageiros urbanos e nos interurbanos, cuja duração da viagem não ultrapassasse uma hora; (2) nos transportes interurbanos cuja duração da viagem, sendo superior a uma hora, excetuando nas últimas 3 filas destes veículos; (3) nas carruagens dos comboios, com exceção de alguns compartimentos e zonas das carruagens salão sinalizados, plataformas e espaços de circulação aos compartimentos; (4) nos barcos de carreira fluvial da CP e Transtejo, com permissão de fumar nas áreas descobertas. A mesma Portaria determinou que a proibição de fumar seria assinalada nos compartimentos dos comboios, no interior dos veículos elétricos e dos barcos de carreira anteriormente mencionados. Estes preceitos não tinham aplicação nos transportes aéreos e marítimos. Mais tarde, a Lei nº 22/82, de 17 de agosto, no nº 1 do artigo 2º, decreta a proibição de toda a publicitação ao tabaco, por meio de canais publicitários nacionais ou sediados em Portugal. Na continuação, o nº 2 proíbe a colocação de nomes, marcas ou emblemas de produtos tabágicos em objetos de consumo não usados diretamente no consumo de tabaco.

A Lei nº 37/2007, de 14 de agosto aprova normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo, cumprindo o disposto na Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controle do Tabaco, aprovada pelo Decreto nº 25-A/2005, de 8 de novembro. A referida Lei define normas relativas à prevenção do tabagismo, visando, particularmente, proteger os cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco. Regulamenta, por isso: (a) a composição dos produtos do tabaco; (b) informações a divulgar sobre estes; (c) embalagem e etiquetagem; (d) sensibilização e educação para a saúde; (e) interdição da publicidade aos referidos produtos; (f) medidas para redução da procura, diretamente ligadas à dependência; (g) cessação do hábito tabágico; e (h) a não disponibilização de tabaco, através de aparelhos automáticos, a menores.

O articulado do Capítulo II define as limitações ao consumo do tabaco em espaços confinados de utilização pública. No artigo 4º, encontram-se listados locais onde é interdito fumar, dos quais destacamos: alínea d) espaços destinados à prestação de serviços de saúde, laboratórios, farmácias e locais consignados à disponibilização de medicamentos de venda livre; alínea e) lares e instituições que alberguem idosos, pessoas portadoras de deficiência ou incapacidade; alínea f) zonas frequentadas por menores, tais como estabelecimentos de assistência infantil, lares para crianças e jovens, instituições de ocupação de tempos livres, colónias e campos de férias; e alínea g) áreas integrantes de estabelecimentos de ensino, independentemente das idades dos alunos e do nível de ensino. Saliente-se, contudo, que os utilizadores dos referidos locais e espaços pertencem aos grupos mais vulneráveis, nomeadamente, crianças, jovens, idosos e enfermos.

O artigo 5º (Capítulo II) apresenta, porém, exceções à interdição da prática tabágica quanto aos espaços destacados. Nos locais destinados à prestação de cuidados de saúde podem ser criadas áreas de frequência exclusiva de utentes fumadores, nomeadamente em hospitais e serviços psiquiátricos, centros de tratamento, de reabilitação e de internamento de toxicodependentes e de alcoólicos. Para além disso, a Lei permite que se fume ao ar livre em lares e em estabelecimentos de ensino superior.

Numa primeira leitura analítica da vigente Lei do Tabaco, a existência de espaços onde os cidadãos, não fumadores, estariam protegidos da exposição involuntária ao fumo parece ser efetiva. Na verdade, o conteúdo do artigo 5º contempla exceções à interdição de fumar, criando áreas exclusivamente destinadas a fumadores. Consideramos, contudo, que a proteção aos não fumadores apenas se concretiza se os serviços prestados a essas pessoas existirem num espaço livre de fumo, que não obrigue a sua deslocação e permanência em locais de fumo involuntário. Ainda

assim, a proteção ao não fumador de um usuário de um serviço deixa de ser garantida relativamente aos funcionários (por exemplo, de um lar ou de um restaurante) que, por inerência da atividade profissional, têm de exercer o seu serviço nos espaços confinados destinados aos fumadores. Em síntese, podemos dizer que a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco é apenas para aqueles que podem não frequentar os espaços de atmosfera contaminada, uma vez que nesses locais os funcionários estão, efetivamente expostos e, portanto, sem proteção alguma. Referira-se, ainda que, nos termos do nº 2 do artigo 4º da Lei nº 37/2007, de 14 de agosto, existe proibição de fumar em todos os transportes públicos, serviços expressos, turísticos e de aluguer, táxis, ambulâncias, veículos destinados a transporte de doentes e teleféricos. Podemos, por isso, afirmar, que no atual quadro legislativo português existe uma clara limitação ao consumo de tabaco, quer seja em espaço confinado quer, inclusivamente, em alguns espaços abertos (como é o caso das escolas de ensino não superior). Por outro lado, há a possibilidade de serem criados espaços exclusivamente destinados a fumadores, nas zonas anteriormente destacadas, ainda que, tendencialmente, os não fumadores não estejam obrigados ou induzidos a terem de frequentar esses mesmos locais. Existe, porém, um aspeto que discutiremos na próxima secção, relativamente aquelas pessoas que pela sua natureza ou dependência estão obrigadas a permanecer em espaços confinados com fumo.

5. DAS PREOCUPAÇÕES ÉTICAS

O tabaco acompanha a história das sociedades. É, por norma, um ato social, promotor do convívio, comunicação e partilha de ideias. Em momentos de reunião familiar e social não é, de todo, invulgar o seu consumo. Os momentos de stresse vividos pelos indivíduos, nas sociedades atuais, são muitas vezes apontados como a principal razão para o consumo de tabaco.

Atualmente, o hábito tabágico começa a ser criticado e repudiado em muitos ambientes sociais. Os malefícios provocados pelo fumo, o modelo de influência no comportamento dos mais jovens, levam, fundamentalmente, a essa atitude de desagrado, perante fumadores que convivem, em espaços confinados e abertos privados, com não fumadores. A investigação tem revelado (Staten, et al., 2007) que as representações formadas pelos mais jovens ao observarem a conduta de "modelos sociais" (os seus pais, professores ou profissionais de saúde), que consomem tabaco, condicionam as suas atitudes face ao comportamento tabágico, influenciando-os no seguimento de algumas dessas práticas, vistas mais sob o ponto de vista social e não tanto como uma decisão pessoal. Os seus modelos, enquanto fumadores, comportam-se de forma antagónica à mensagem de promoção de saúde que difundem, gerando uma dissociação de valores entre o desejado e o praticado. No nº 1 do artigo 26º da Constituição da República Portuguesa (CRP), é reconhecido o direito ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, entre outros. Este direito legítimo encontra-se aluído no nosso ponto de vista, ao se constituírem como influência negativa as atitudes e comportamentos dos "modelos sociais" de referência para as crianças e os jovens.

No Preâmbulo da Carta Constitucional da OMS, adotada pela Conferência Internacional de Nova Iorque, de 19-22 de junho de 1946 (assinada em 22 de julho de 1946 pelos representantes de 61 países), o conceito de saúde, constitui-se como "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO, 2003), tendo entrado em vigor em 7 de abril de 1948. Neste contexto, a saúde não é, desde aí, encarada como um estado abstrato, mas antes um meio para se chegar a um objetivo. Um recurso que permite que as pessoas possam

ter uma vida individual, social e economicamente produtiva. A saúde não se constitui, por isso, como um objetivo de vida. É, ao invés, um recurso para a vida diária.

Nos termos do artigo 1º da Convenção dos Direitos da Criança (2004), considera-se criança todo o ser humano com idade inferior a 18 anos, exceto se a Lei nacional atribuir a maior idade mais precocemente. A criança é, por natureza, particularmente frágil, por se apresentar em desenvolvimento e com estruturas cognitivas, afetivas e psicomotoras ainda imaturas. A mesma Convenção, no nº 1 do artigo 24º, relativo ao direito à saúde e serviços médicos, estabelece que os Estados Partes reconhecem à criança o direito a ter o melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de educação. O nº 2 do artigo 8º da CRP refere que as normas constantes de convenções internacionais, ratificadas ou aprovadas, vigoram, após a sua publicação oficial, na ordem interna enquanto vincularem o Estado Português. Mercê deste mecanismo paralelo, a Convenção dos Direitos da Criança assume relevância constitucional, em Portugal como Estado Parte da referida Convenção.

Os pais são, por qualidade, são os primeiros responsáveis por garantir aos seus filhos, enquanto crianças, condições para o desenvolvimento em saúde, assegurando que não são expostos a agentes externos geradores de desequilíbrios e permeando formas eficazes e expeditas de remediação face à doença.

Aos menores de 16 anos é-lhes vedado a compra de tabaco. Porém, ao invés do estabelecido na lei 9/2002, de 24 de janeiro, relativamente ao consumo de álcool, não existe um preceito legal, que os proíba de fumar em locais públicos ou em locais abertos ao público. A interdição de crianças em locais públicos ou abertos ao público onde exista a prática de fumo também não se encontra regulamentada.

Não existe qualquer regulamentação, que afete a vida privada, acerca da exposição das crianças a ambientes confinados privados de fumo involuntário, o que transforma o contexto numa questão de natureza ética. Não é difícil encontrar crianças que habitam em lares onde os seus pais e/ou outros familiares, fumadores, não se absterem da prática do consumo de tabaco, particularmente em espaços confinados. Esta dimensão do problema estende-se, também, ao interior das viaturas automóveis dos familiares, onde as crianças viajam.

Um estudo (Pargana, et al., 2001) com vista a determinar a influência da exposição ao FAT e à exacerbação das crises de asma infantil revelou que o comportamento tabágico dos pais é um relevante fator de risco na saúde das crianças. Enquanto responsáveis pelos seus filhos melhores, compete aos pais ou aos tutores legítimos, assegurar a proteção da saúde dos seus filhos ou tutorandos assim como aos encarregados de educação garantir condições de desenvolvimento cognitivo, afetivo e psicomotor que no âmbito da educação para a saúde que promovam estilos de vida saudáveis, naturalmente livres de fumo. O Código Civil Português, no nº 1 do seu artigo 70º, garante a proteção dos indivíduos contra qualquer ofensa ilícita e ameaça de ofensa à personalidade física ou moral, definindo, no nº 2, que a pessoa ameaçada ou ofendida, tem a possibilidade de requerer as medidas adequadas visando evitar a consumação da ameaça ou minimizar os efeitos da ofensa já cometida. Mas como é que as crianças, expostas a ameaças dos seus próprios familiares, podem requerer medidas adequadas de proteção? Esta questão, talvez demasiado complexa para o plano jurídico, remete-nos para o Código Penal (CP). De facto, nos termos do articulado da Lei nº 48/95 de 15 de março, quem ofender o corpo ou a saúde de outras pessoas é punido com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa, dependendo o procedimento criminal da queixa apresentada (nºs 1 e 2 do artº 143º), função da natureza privativa do crime. E na prática, a apresentação de queixa deverá ser feita, nos casos da criança, pelo seu representante legal. Ainda

que a exposição ao fumo do tabaco, em ambientes privados, pudesse vir a ser encarada pelo legislador como a prática de um crime, seria seguramente de natureza particular ou semipúblico, pelo que dependeria, sempre, da apresentação de queixa do representante legal do menor que é, em geral, o próprio prevaricador ao expor a criança à atmosfera contaminada.

A CRP determina que todos têm direito à resistência, particularmente a qualquer ordem que ofenda os direitos, liberdades e garantias pessoais, assim como a afastar pela força toda a agressão, sempre que a possibilidade de recorrer à autoridade pública não aconteça (artº 21º). A integridade pessoal (moral e física das pessoas) é inviolável (artº 25º), consistindo “no direito a não-agressão ou ofensa ao corpo ou espírito por quaisquer meios” (Miranda & Medeiros, 2007, pp. 268-269).

As crianças, porém, ainda que de pleno direitos constitucionais, são objeto de maiores violações à sua integridade física, função do seu fraco poder de decisão, pensamento e consentimento, uma vez, nos termos da lei, têm representantes legais. Ao ficarem expostas, involuntariamente, ao fumo passivo, a sua integridade física é inegavelmente violada. Os fumadores passivos, e mais concretamente as crianças não denunciam a exposição ao fumo passivo a que estão diariamente sujeitas. Parece-nos que estamos perante uma realidade lesiva, onde a liberdade individual é desrespeitada, as crianças estarão assim a ser sujeitas a crime envolvendo as componentes ambiental e física.

As leis vigentes em diversos países europeus, nomeadamente no Reino Unido, França, Itália e Portugal, entre outros, denotam a preocupação das entidades governamentais relativamente à proteção do não fumador, ao serem criadas medidas legislativas que proibem o consumo de tabaco, em locais públicos. Relativamente aos espaços privados, no nosso país, pela sua própria natureza, não existe regulamentação relativamente ao controle do consumo de tabaco. A inibição em espaços confinados privados é, em geral, considerada uma medida intolerante e fundamentalista, um atentado do Estado aos direitos e garantias do cidadão. A liberdade de comportamentos e atitudes individuais, em locais não públicos, não pode, por isso, ser controlada neste âmbito, precisamente por se considerar que a exposição a uma atmosfera com fumo de tabaco não constitui, em âmbito privado, um crime (o mesmo não se aplica, por exemplo, a violência entre marido e mulher, mesmo em ambiente privado da sua habitação). Não deixa de ser problemático, por exemplo, um dos pais entregar a guarda do seu filho ao progenitor, por decisão judicial, sabendo que este no seu automóvel, ou até no seu lar, sujeita a criança de ambos ao fumo passivo do tabaco. E que respostas legais existem para este facto?

Através da passividade, podem surgir omissões impuras por parte do indivíduo que originam determinado resultado. Nestes casos, considera-se violada uma norma proibitiva por atitude de omissão. Nos termos do nº 1 do artigo 10º do CP, “quando um tipo legal de lei compreender um certo resultado, o facto abrange não só a ação adequada a produzi-lo como o omissão da ação adequada a evitá-lo”, quando sobre o omitente recair um dever jurídico que pessoalmente o obrigue a evitar essa consequência (nº 2).

Consideramos que o bom senso dos fumadores deveria imperar, com comportamentos fundamentados numa perspetiva ética e tendo como referência o quadro legal da inviolabilidade da integridade física da criança e a responsabilidade da promoção da saúde e da educação. Desta forma, segundo cremos, as barreiras morais não seriam diluídas, e garantiam-se atmosferas saudáveis respiráveis para as crianças em ambiente privados.

O fumador é, assumidamente, fonte de poluição ambiental. Deveria, em consciência, optar por fumar exclusivamente ao ar livre, pois o consumo de tabaco não constitui apenas um problema dos fumadores já que, prejudica a saúde dos não fumadores potenciando o aparecimento de diversas

doença. A liberdade pessoal termina quando interfere na liberdade alheia e respirar ar descontaminado constitui um direito fundamental do ser humano. Talvez muitos dos fumadores desconheçam as consequências graves da permanência assídua e prolongada dos fumadores passivos em espaços confinados, poluídos pelo FAT. Atendendo a isso, as entidades de saúde e de educação responsáveis devem implementar, articuladamente, campanhas de sensibilização e informação eficazes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho procurámos apresentar a dimensão do problema do consumo de tabaco. Defendeu-se que o fumo do tabaco pode ser considerado o principal poluente do ar interior, com a possibilidade de ser evitado e que o tipo e gravidade das doenças provocadas pelo tabaco nos fumadores passivos são as mesmas que aquelas que surgem nos fumadores ativos. A conclusão de um novo relatório publicado pela OMS, divulgado pelo Centro Internacional de Recursos (2009), indica que a maioria dos países, apesar do aumento global do número de mortos devido ao consumo de tabaco, tem falhado na criação de medidas eficazes exigidas pela Convenção-Quadro para Controlo do Tabagismo e, também, relativamente à população mundial que ainda se encontra desprotegida e exposta ao FAT (mais de 94%), sem que as entidades governamentais atuem adequadamente no sentido de sancionar leis abrangentes de controlo do tabaco que ofereçam proteção.

Mendoza (1999) afirma que as causas da epidemia tabágica são complexas, tendo por base a falta de empenhamento do poder político, a deficiente gestão e sensibilidade do sistema de saúde para as questões da prevenção em geral, e do tabagismo, em particular, com a pouca implantação da educação para a saúde no sistema de ensino e a pressão da indústria tabaqueira.

Por outro lado, medidas de total inibição do consumo do tabaco acarretariam elevados problemas económicos, uma vez que a *Nicotiana tabacum* constitui, para mais de uma centena de países (veja-se, por exemplo, o caso paradigmático da República de Cuba), enorme fonte de receitas fiscais, entre outras. A Tabaqueira, SA, por exemplo, é uma grande organização empresarial do nosso país. Subsidiária da Philip Morris International, A Tabaqueira, SA garante cerca de 700 postos de trabalho diretos, o que revela bem o impacto da produção de cigarros a nível nacional. Por outro lado, paradoxalmente, ocorre uma ação do próprio Governo (que arrecada os impostos correspondentes a cerca de 80% do preço de venda do tabaco) no combate a esta substância psicoativa.

Referimos ainda que o tabaco consumido, de forma reiterada, causa dependência. Porém, tem um efeito positivo ao nível da memória, reduz a agressividade e a ansiedade, assim como o aumento de peso e o apetite relativamente aos glícidos. A nicotina, enquanto estimulante, produz no SNC uma sensação de satisfação. Considerando os danos causados aos não fumadores, sempre que exista razão que iniba a livre e autónoma manifestação da vontade individual (menores, relações laborais, condições físicas, entre outras) o regime de restrição deverá imperar, nas demais situações, no ato tabágico, informado e consciente deve ou não funcionar a liberdade?

As crianças, enquanto cidadãos com direitos mas com representantes legais (pais, tutores) são aqueles que, mesmo com a implementação da atual Lei nº 37/2007, de 14 de agosto, estão mais sujeitos ao FAT, que decorre da sua exposição em ambiente privados, particularmente de natureza familiar (carros, casas), sem que o legislador entenda que esta matéria constitua crime ou violação de algum articulado legislativo

Todos estes aspetos devem ser levados em consideração nas medidas políticas adotadas, e é por isso, precisamente, que defendemos um quadro axiológico bem estruturado e fundamentado que possa, mediante educação para a saúde, permear a garantia da promoção da saúde às crianças, particularmente nos ambientes privados contaminados com fumo de tabaco.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Albanense, M. (2000). O tabagismo é doença. Revista brasileira de medicina. Arquivo consultado em 9 de maio de 2011, a partir de http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=861.
- (2) American Cancer Society (1998). Cancer facts and figures 1998: tobacco uses. Atlanta: American Cancer Society. Arquivo consultado em 26 de junho de 2011, a partir de <http://www.cancer.org/statistics/cff98/tobacco.html>.
- (3) American Lung Association (1998). Secondhand smoke fact sheet. New York: American Lung Association. Arquivo consultado em 26 de fevereiro de 2010, a partir de <http://www.lungusa.org/>.
- (4) Blum-Boisgard, C. (1996). Vers une génération sans tabac :guide pratique européen destiné aux intervenants: les jeunes de 7a 14 ans. Paris: Ligue Nationale contre le Cancer.
- (5) Calheiros, J. (2003). Tabagismo passivo: um risco para a saúde significativo e prevenível. Lusomed: portal Profissional [em linha] Arquivo consultado em 19 de maio de 2011, a partir de <http://lusomed.sapo.pt/Xn300/367166.html>.
- (6) Carmona, R. (2006). Observações na conferência de imprensa para lançamento da saúde. Consequências da exposição involuntária ao fumo de tabaco: um relatório do cirurgião geral. The health effects of secondhand smoke. Arquivo consultado em 23 de junho de 2011, a partir de http://translate.google.pt/translate?hl=pt-PT&sl=en&u=http://www.surgeongeneral.gov/news/speeches/06272006a.html&ei=L8R6S7DJtL_4Ab2jL2aCg&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=3&ved=0CBQQ7gEwAg&prev=/search%3Fq%3DSurgeon%2BGeneral,%2B1986%253B%26hl%3Dpt-PT%26sa%3Dg.
- (7) CIR – Centro Internacional de Recursos (2009). A epidemia geral do tabaco. Arquivo consultado em 29 de março de 2011, a partir de <http://tobaccofreecenter.org/pt/>.
- (8) Dias, C. M. (2009). Consumo de tabaco numa amostra representativa da população portuguesa. In Observatório Nacional de Saúde. Arquivo consultado em 24 de setembro de 2011, a partir de http://www.onsa.pt/index_17.html.
- (9) Gidding, S., & Schydlower, M. (1994). Active and passive tobacco exposure: a serious pediatric health problem. Dallas: American Heart Association. Arquivo consultado em 21 de agosto de 2011, a partir de <http://pediatrics.aappublications.org/content/94/5/750>.
- (10) HBCS - Health Behaviour in School-Aged Children (2009). Socioenvironmentally. determined health inequities among children and adolescents. Arquivo consultado em 19 de setembro de 2011, a partir de <http://www.hbsc.org/index.html>.
- (11) IDT – Instituto da Droga e da Toxicod dependência (2009). Substâncias: Tabaco. Arquivo consultado em 10 de dezembro de 2009, a partir de <http://www.idt.pt/PT/Substancias/Tabaco/Paginas/Viasdeadministracao.aspx>.
- (12) Macedo, M., & Precioso, J. (2004). O papel dos médicos (e outros profissionais de saúde) no controlo da epidemia tabágica e da morbimortalidade a ela associada. Revista portuguesa de saúde pública, 22(2). Arquivo consultado em 18 agosto de 2011, a partir de

http://www.observaport.org/NR/rdonlyres/endvqko3hxqvtmleomz26xtk5jbzspswnlm4fviwxmy5vlu54pf4rmjdrospkxcpxejfapfac4uo/papel_medicos.pdf

- (13) Jones, M., Navas-Acien, A., Yuan, J., & Breyse, P. (2009). Secondhand tobacco smoke concentrations in motor vehicles: a pilot study. *Tobacco control*, 18, 399-404.
- (14) Melero, J., Flores, R., & Anda, M. (1997). Dossier informativo sobre el tabaquismo y su prevención. Bilbao: Edex Kolektiboa.
- (15) Mendonza, R. (1999). Prevenção del tabaquismo entre los jóvenes: un reto alcanzable. In J. Precioso, et al. (Coord.). *Educação para a saúde* (pp. 151-152). Braga : Departamento de Metodologias da Educação da Universidade do Minho.
- (16) Miranda, J., & Medeiros, R. (2007). *Constituição portuguesa anotada*. Coimbra: Coimbra Editora.
- (17) Nogueira, J. (2003). O desafio para a criação de ambientes saudáveis. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- (18) Öberg, M., Jaakkola, M., Woodward, A., Peruga, A., & Prüss-Ustün, A. (2011). Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*, 377 (9760), 139-46
- (19) OMS – Organização Mundial de Saúde (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- (20) OMS – Organização Mundial de Saúde (1999). *International consultation on environmental tobacco smoke and child health*. Arquivo consultado em 17 de maio de 2011, a partir http://www.who.int/tobacco/research/en/ets_report.pdf.
- (21) Pargana, E., Gaspar, A., Santa Marta, C., Pires, G., Prates, S., Moraes de Almeida, M., & Rosado Pinto, J. (2001). Tabagismo passivo e gravidade da asma brônquica na criança. *Revista portuguesa de pneumologia*, 1, 25-32.
- (22) Portal da saúde (2009). 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Arquivo consultado em 10 de agosto de 2011, a partir de <http://www.portaldasaude.pt/port>.
- (23) Portal da saúde (2006). Apoio ao debate sobre prevenção do tabagismo. Arquivo consultado em 26 de fevereiro de 2011, a partir de <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/discussao/arquivo/debatetabagismo.htm>.
- (24) Precioso, J., Calheiros, J., Pereira, D., Campos, H., Antunes, H., Rebelo, L., & Bonito, J. (2009). Estado atual e evolução da epidemia tabágica em Portugal e na Europa. *Ata médica portuguesa*, 22(4), 335-348.
- (25) Precioso, J., Calheiros, J., & Macedo, M. (2005). Exposición de niños a la contaminación ambiental por humo del tabaco en el domicilio. Un estudio transversal en Portugal. *Prevención del Tabaquismo*, 7(3), 85–90.
- (26) Repace, J., Kawachi, I., & Glantz, S.(1999). Fact sheet on secondhand smoke, 1999. Geneva, Switzerland, and presented at the 2nd European Conference on Tobacco or Health and the 1st Iberoamerican.
- (27) Staten, R., Noia, M., Rayens, M. K., Hahn, E., Dignan, M., & Lee Ridner, S. (2007). Social influences on cigarette initiation among college students. *American journal of health behavior*, 31(4), 353-362.
- (28) UE – União Europeia. (2010). *Help por uma vida sem tabaco*. Arquivo consultado em 25 de fevereiro de 2010, a partir de <http://de-de.help-eu.com/pages/page-agendadetail42-17.html>.

- (29) UNICEF - United Nations Children's Fund (1989). A convenção sobre os direitos da criança. Arquivo consultado em 23 de agosto de 2011, a partir de http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.
- (30) WHO – World Health Organization (2009). Tobacco. Arquivo consultado em 21 de junho de 2011, a partir de <http://www.who.int/topics/tobacco/en>.
- (31) WHO – World Health Organization (2003). Definition of health. Arquivo consultado em 31 de junho de 2011, a partir de <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
- (32) WHO – World Health Organization (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.

Legislação

Constituição da República Portuguesa.

Código Penal.

DR – Diário da República (1968). *Portaria nº 23440, de 19 de junho.*

DR – Diário da República (1978). *Portaria nº 212/78, de 18 de abril.*

DR – Diário da República (1982). *Lei nº 22/82, de 17 de agosto.*

DR – Diário da República (2007). *Lei nº 37/2007, de 14 de agosto.*

COMPREENDER O CONSUMO E A ABSTINÊNCIA DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ENTRE OS ALUNOS DO 12º ANO DE ESCOLARIDADE DO CONCELHO DE ESTREMOZ

UNDERSTANDING THE CONSUMPTION AND ABSTINENCE OF ALCOHOLIC BEVERAGES AMONG THE STUDENTS OF THE 12TH GRADE OF THE ESTREMOZ MUNICIPALITY

Maria Boné¹ & Jorge Bonito²

¹ Agrupamento de Escolas de Monforte. Universidade de Évora. aurorabone@hotmail.com

² Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora. Centro de Investigação em Educação e Psicologia (CIEP) da Universidade de Évora. Centro de Investigação Didática e Tecnologia na Formação de Formadores (CIDTFF). jbonito@uevora.pt

RESUMO

Alguns dos motivos que levam os jovens a ingerir álcool são a curiosidade, a imitação, a pertença a um grupo de pares e, em alguns casos, a motivação dos familiares. A tolerância social para os consumos moderados de álcool, pode levá-los a evoluir para formas de risco. Este estudo procura compreender o consumo e a abstinência da ingestão de bebidas alcoólicas, entre os jovens do concelho de Estremoz, em co utilização de espaços de aprendizagem e de lazer. A investigação que desenvolvemos foi de carácter qualitativo recorrendo ao método direto de recolha de dados, com entrevistas compreensivas (modelo de J.-C. Kaufmann). Realizaram-se dez entrevistas, cinco a jovens consumidores e cinco a não consumidores, alunos do 12º ano de escolaridade da escola Secundária de Estremoz. Os resultados do estudo apontam no sentido do primeiro contacto com bebidas alcoólicas acontecer em ambiente noturno por influência ativa ou tácita dos pares, sendo estas ascendências motivadoras da continuidade do consumo. O comportamento alcoólico é comum e intrínseco a ambientes de festa. Uma modificação de comportamento, no grupo de pertença, parece apontar para a alteração do comportamento individual, relativamente à ingestão de bebidas alcoólicas. Apesar das consequências desagradáveis das ressacas, estas não contribuem para o desencorajamento da ingestão. Os jovens não consumidores já experimentaram tomar bebidas alcoólicas mas, quer o sabor de algumas, quer os efeitos que provocam, não são estimulantes do consumo, considerando desnecessária a sua ingestão para a valorização da convivência interpares.

Palavras-chave: *álcool, jovens, consumo, abstinência.*

ABSTRACT

Some of the reasons that lead youngsters to drink alcoholic beverages are curiosity, imitation, membership of a peer group, and in some cases, incentive from family members. The social tolerance for moderate consumption of alcohol may lead them to evolve into forms of risk. This study seeks to understand the consumption and abstinence from alcohol consumption among young

people of the municipality of Estremoz, in co use of learning and leisure facilities. The research we developed was of a qualitative nature, using the direct method of data collection, with comprehensive interviews (J.-C.Kaufmann model). The sample consisted of five non-consumer and five consumer students of the 12th grade secondary school of Estremoz. The results direct to a first contact with alcohol, to occur in night atmosphere by active or tacit influence of peers, being these influences motivators of continued consumption. The alcoholic behavior is common and intrinsic to the party settings. A change of the group behavior seems to point to the change of individual behavior regarding alcohol consumption. Despite the unpleasant consequences of hangovers, they do not contribute to the discouragement of ingestion. The non-consumer students have experienced drinking alcoholic beverages, but the taste of some, as well as the effects, are not stimulating to consumption, they consider the consumption unnecessary to the enhancement of peer interaction.

Keywords: alcohol, youth, consumption, abstinence

1. INTRODUÇÃO

Os problemas ligados ao consumo de álcool e o seu reflexo social são causados, com maior incidência, por consumo excessivo. Após a ingestão de grandes quantidades de bebidas alcoólicas, o álcool atinge rapidamente o cérebro provocando os sintomas da embriaguez. Surgem comportamentos desadaptados como, por exemplo os impulsos sexuais desinibidos ou agressivos, sensibilidade emocional, alteração da capacidade de raciocínio e da atividade social, descoordenação, instabilidade motora, rubor facial, mudanças no estado de ânimo. Entre os jovens, o uso regular ou abusivo do álcool parece, de acordo com Matos, Carvalhosa, Reis, e Dias (2001) relacionar-se com fatores individuais, que se associam a outros comportamentos geradores de risco em saúde, em ambiente social, nomeadamente familiar e escolar. Atualmente, o álcool é a droga mais consumida no mundo. A ingestão de bebidas alcoólicas, pelas faixas etárias mais jovens, de acordo com o *World Development Report*, vai além dos 60% e entre 10% e 30% ingerem-nas em *binge drinking* (The International Bank for Reconstruction and Development, 2006). No estudo realizado por Feijão e Lavado (2003), acerca do consumo de álcool, tabaco e drogas (ECATD) os resultados revelaram que cerca de 9% dos rapazes e 5% das raparigas de 13 anos, e 60% dos rapazes e 42% das raparigas de 18 anos, já viveram, pelo menos uma vez, a experiência de intoxicações alcoólicas. O estudo de Gameiro (1998) revelou que entre os jovens de 15-24 anos, cerca de meio milhão consumiam bebidas alcoólicas três ou mais vezes por semana. Outros estudos mais recentes (Cabral, 2007) revelaram que o consumo de álcool entre os jovens permanece elevado em Portugal. Segundo dados do relatório do *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - ESPAD* (Feijão, 2009), o consumo esporádico excessivo durante os 30 dias que antecederam a aplicação dos questionários revelou um aumento entre 1995 e 1999, tendo sido significativo no período entre 2003 e 2007. É de referir que entre as raparigas, o incremento de consumo variou entre 35% e 42% (Feijão, *idem*). O aumento de consumo esporádico excessivo, em Portugal, no período entre 2001 e 2007, foi o mais elevado de entre os 35 países europeus envolvidos no estudo tendo, entre estudantes, passado de 25% para 56% (Feijão, *idem*). A informação disponibilizada no Inquérito Nacional em Meio Escolar (Feijão, 2010) permite a caracterização detalhada dos consumos dos alunos do 3º ciclo do ensino básico (3CEB) e do secundário (ES) das diferentes regiões de Portugal entre 2001 e 2006. A análise dos dados revela que a percentagem de alunos que já consumiram alguma bebida alcoólica diminuiu. Nos alunos do 3CEB registou-se um decréscimo de 7% (67% para 60%), e entre os mais velhos (ES) de 91% para 87%. Verificou-se ainda, uma relativa estabilização

nas percentagens dos que consumiram nos últimos 12 meses: 49% e 48% no 3CEB e 76% e 79% no ES. Registe-se, porém, o significativo aumento na prevalência dos que ingeriram bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias: de 25% para 32% (3CEB) e de 45% para 58% (ES).

Tendo por base o diagnóstico apresentado anteriormente, e levando em conta que, durante muitos anos, os estudos desenvolvidos sobre o consumo de álcool envolviam, apenas, o homem adulto, consideramos ser oportuna uma reflexão sobre esta problemática, num concelho do interior do país, procurando compreender as motivações para o uso e/ou abuso de bebidas alcoólicas em jovens do ensino básico e secundário e o nível das suas representações sobre o consumo e efeitos dessa prática. Parece-nos premente não apenas a descrição da realidade mas também a sua compreensão. A proximidade e a facilidade de acesso às bebidas alcoólicas são razões para o início do seu consumo (Cabral, 2007). Os fatores socioculturais serão promotores do consumo precoce de bebidas alcoólicas destacando-se o analfabetismo, ausência de bons hábitos alimentares, em que o leite é substituído pelo vinho, principalmente em zonas rurais, residência em zonas de baixas temperaturas, o trabalho infantil e o incentivo parental. A prevalência de consumos é maior no sexo masculino. É frequente escutar, em zonas destinadas ao convívio ou em festas, que “quem não bebe não é homem”. O consumo e as simbologias ligadas a esta prática são transmitidos de geração em geração, constituindo-se como valor cultural. Não é, pois, fácil a diminuição ou eliminação do consumo de álcool, pelo enraizamento e conotação nas sociedades (Cabral, *idem*).

A gosto ou não, é importante em Portugal tomar bebidas alcoólicas com o objetivo de acompanhar, receber e festejar. Ao quebrar este modelo social, qualquer indivíduo será mais dificilmente aceite por infringir tradições e costumes instituídos. O indivíduo acultura-se ao hábito alcoólico, pois vendo beber acaba por beber também, sentindo-se integrado entre os demais que bebem. Este ato é social mas, de forma antagónica, a mesma sociedade é crítica e pouco tolerante com os indivíduos que se tornam alcoólatras, excluindo-os.

A dependência alcoólica relaciona-se com a vulnerabilidade do indivíduo e com o álcool. Porém, segundo Mello, Pinto, Frazão e Rocha (1988), existem fatores individuais, genéticos, ambientais, socioculturais, socioeconómicos e psicológicos que motivam o consumo de bebidas alcoólicas.

As sensações iniciais após a ingestão de álcool são de euforia e de desinibição, devido ao bloqueio do sistema cerebral controlador das inibições (IDT, 2010). Após estes momentos, segue-se um estado de sonolência, turvação da visão, descoordenação muscular, diminuição das capacidades de reação, de atenção e de compreensão, fadiga muscular, entre outros sintomas. Se a ingestão for muito elevada, promove a intoxicação etílica aguda, podendo surgir depressão respiratória, hipoglicemia com coma etílico e a possibilidade da morte.

O consumo excessivo de álcool tem reflexos a nível individual, familiar e social. Ao longo de séculos o consumo de bebidas alcoólicas esteve ligado à embriaguez aguda e aos seus efeitos mas, desde meados do século XIX, a atenção aos danos resultantes da dependência do álcool, não sendo atingida a embriaguez, começou a fazer-se notar. O aparecimento de alterações ligadas ao consumo de álcool ao nível psicológico, somático, comportamental, pode acontecer de forma variável e com diferente grau de intensidade.

Muitas das atitudes juvenis, desajustadas socialmente, estão relacionadas com o consumo desta substância. Podemos indicar, como exemplo destas, os “sintomas de ressaca”; fraco rendimento escolar, a médio ou a longo prazo; comportamentos violentos; comportamentos impulsivos; problemas de ordem pública ou até criminais; perdas materiais; lesões e morte; envenenamento accidental; e, segundo Breda (1996), maior probabilidade de uso de drogas; problemas familiares e sociais, bem como comportamentos sexuais de risco.

A OMS introduziu, na década de 1980, a designação “Problemas Ligados ao Álcool”, abrangendo todas as questões relacionadas com o consumo de álcool e também todas as situações relacionadas direta e indiretamente com essa prática. O inquérito *Health Behaviour in School-aged Children* (Matos, Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2010), revela que 37% dos alunos consomem álcool aos fins de semana e, preferencialmente, à noite. A investigação realizada por Lomba, Apóstolo, Mendes e Campos (2011) aponta no sentido de os jovens frequentarem ambientes recreativos, essencialmente noturnos, saindo cerca de 6 noites por mês, que corresponde a uma média de mais do que uma noite por fim de semana estando em 2 ou 3 locais de diversão por noite. O mesmo estudo divulga ainda que aproximadamente 96% dos jovens selecionam os ambientes recreativos preferencialmente, pelo facto de terem possibilidade de encontrar amigos e cerca de 59% dos jovens valorizam o acesso a bebidas alcoólicas baratas como marcante fator de escolha do local de diversão. Os dados encontrados são ainda reveladores de que, cerca de 52% dos jovens se embriagaram nas últimas 4 semanas, em média 1,75 vezes ($SD = 2,68$).

2. OBJETIVOS

Caracterizar as atitudes e os hábitos de consumo e abstinência de bebidas alcoólicas dos jovens estudantes. Compreender os fatores motivacionais externos e internos que conduzem ao consumo e à abstinência da ingestão de bebidas alcoólicas dos jovens estudantes do 12º ano do concelho de Estremoz, em co utilização de espaços de aprendizagem e de lazer.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

A investigação desenvolvida foi de carácter qualitativo, recorrendo-se ao método direto de recolha de dados com entrevistas compreensivas (modelo de J.-C. Kaufmann).

3.1 População

Adotámos uma entrevista semiestruturada a jovens escolares do 12º, não consumidores e consumidores, de ambos os sexos, da Escola Secundária com 3º Ciclo do Ensino Básico Rainha Santa Isabel, de Estremoz. A decisão tomada a este nível foi condicionada particularmente pelas leituras exploratórias, face ao relato do primeiro contacto com as bebidas alcoólicas, o consumo esporádico e a continuidade da ingestão de bebidas alcoólicas. Sendo este estudo dedicado ao conhecimento das representações e hábitos de consumo dos jovens estudantes, surgia como natural o aluno como unidade de observação. Seguiu-se um critério de amostragem estratificado, obtendo-se amostras estratificadas proporcionais (Buendía, 1998), compostas por 5 alunos não consumidores e 5 alunos consumidores, que frequentavam o referido ano de escolaridade.

3.2 Construção e estrutura dos guiões de entrevista

A investigadora é a autora dos guiões usados neste estudo. Para a sua materialização baseou-se na literatura acerca da problemática em questão. A razão da construção dos guiões deveu-se ao facto de não existirem, até ao momento, guiões publicados que se adequassem à população portuguesa infantil, nas faixas etárias sobre as quais incide o estudo. Foram criados dois guiões semiestruturados: um para alunos não consumidores e outro para alunos consumidores. Pretendia-se a obtenção de dados relativos às motivações que concorrem para a abstinência e o consumo de

bebidas alcoólicas entre os alunos, descortinar fatores de risco para a experimentação, consumo esporádico e manutenção do hábito de consumo de bebidas alcoólicas e conhecer os fatores protetores do consumo destas bebidas e a percepção dos riscos em saúde. O guião da entrevista é constituído por 5 partes. A 1ª parte justifica a entrevista, pretende motivar o entrevistado e integra os dados demográficos do participante. A 2ª parte é formada pela dimensão pessoal. A 3ª parte envolve a dimensão ambiental. A 4ª parte corresponde à dimensão sociocultural. O guião termina com a 5ª parte “encerramento da entrevista”, onde são solicitadas impressões acerca do desenvolvimento da entrevista e informações preteridas durante o diálogo.

Definiram-se objetivos específicos e, com base nestes, a consequente materialização de questões ilustrativas abertas focalizadas na percepção de opiniões e exploração das percepções dos alunos entrevistados. Estas questões, focadas na especificidade dos objetivos definidos, estão fundamentadas em autores e normativos que referem indicadores ao consumo e à abstinência de bebidas alcoólicas. Foram ainda previstas questões exploratórias de aprofundamento das questões ilustrativas. Submeteram-se os guiões a um painel de juízes visando a sua revisão e aprovação. Posteriormente, a validação dos mesmos foi efetuada através da realização de duas entrevistas: uma a um aluno não consumidor e outra a um consumidor decorrendo destes ajustes de âmbito vocabular. As entrevistas foram registadas em gravação digital, com autorização dos participantes.

4. RESULTADOS

Neste trabalho são apresentados os resultados obtidos referentes às dimensões pessoais e sociocultural do guião de entrevista aplicado aos alunos não consumidores e consumidores.

Tabela 1 – Dimensão Pessoal (resumo dos dados obtidos)

DIMENSÃO PESSOAL			
SUB-DIMENSÃO	OBJETIVOS	ALUNOS NÃO CONSUMIDORES DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	ALUNOS CONSUMIDORES DE BEBIDAS ALCOÓLICAS
FATORES INDIVIDUAIS	ODP1. Conhecer motivações pessoais para o consumo de bebidas alcoólicas	<u>Todos os alunos</u> não consumidores <u>já experimentaram tomar</u> . Motivados pela <u>curiosidade</u> e a <u>presença de amigos que consumiam</u> , no momento.	Início do consumo entre os 13 e os 15 anos. Tendencialmente, consomem em <u>festas de aniversário</u> que coincidiram com o começo das <u>saídas à noite</u> . Movidos são a <u>curiosidade</u> e a <u>presença de amigos que consumiam</u> , no momento. <u>Não pensaram deixar</u> de tomar por considerarem que ingerem pequenas quantidades.
	ODP2. Compreender as atitudes manifestadas pelos alunos relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas	Sentem que <u>vivem melhor</u> e que se <u>divertem mais</u> por não ingerirem. Tendencialmente <u>não se sentem diferentes</u> , porém, algumas vezes, ficam <u>à margem do grupo</u> .	<u>Sentem-se bem</u> quando tomam e quando não tomam. Quando ingerem bebidas alcoólicas <u>sentem-se mais alegres</u> .

Os dados da Tabela 1 são reveladores de que a totalidade dos não consumidores entrevistados, experimentaram tomar bebidas alcoólicas. Quer consumidores, quer não consumidores, foram conduzidos à experimentação pela curiosidade e presença de amigos que tomavam esse tipo de

bebidas, no momento. Os resultados apontam para o início do consumo de bebidas alcoólicas entre os 13 e os 15 anos, o que conflui com estudos anteriormente realizados, nomeadamente por Feijão e Lavado (2003), ESPAD (2003; 2007), Matos e Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde (2010), Feijão, Lavado e Calado (2011). Os consumos são preferencialmente noturnos, sendo este dado coincidente com pesquisas anteriormente realizadas por Feijão e Lavado (2003), ESPAD (2003) e Matos e Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde (2010).

Os alunos consumidores referiram não ter pensado, até ao momento, cessar a ingestão de bebidas alcoólicas por considerarem diminuta a quantidade tomada.

Os alunos não consumidores referem que consideram viver melhor e divertir-se mais, pelo facto de não ingerirem bebidas alcoólicas.

Tabela 2 – Dimensão Sociocultural – fatores micro – sociais (resumo dos dados obtidos)

<i>DIMENSÃO SOCIOCULTURAL</i>			
SUB-DIMENSÃO	OBJETIVOS	ALUNOS NÃO CONSUMIDORES DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	ALUNOS CONSUMIDORES DE BEBIDAS ALCOÓLICAS
FATORES MICRO-SOCIAIS	ODSC1. Conhecer a influência da família no hábito alcoólico	A maioria dos entrevistados refere ter sido <u>motivada por familiares próximos</u> a experimentar ingerir. Os familiares mais próximos de três alunos costumam tomar <u>às refeições e em festas, de forma moderada.</u> Dois alunos referiram <u>consumos excessivos</u> por parte de familiares próximos, e a <u>vivência de experiências desagradáveis por esse facto.</u> Os pais manifestam <u>satisfação e tranquilidade</u> em consequência do comportamento dos filhos	Influência de familiares próximos a tomar bebidas alcoólicas em <u>datas festivas</u> ou <u>degustação de produtos produzidos</u> por familiares. Os pais <u>ingerem regularmente</u> bebidas alcoólicas às <u>refeições e de forma moderada.</u> Os pais <u>têm conhecimento</u> do seu hábito de ingestão de bebidas alcoólicas em pequenas quantidades e consideram esse comportamento <u>normal para a idade.</u>
	ODSC2. Conhecer o nível de intervenção dos pais, perante o consumo de bebidas alcoólicas por parte dos filhos	Os pais chamam a <u>atenção para os perigos.</u> <u>Criticam</u> o hábito de consumo excessivo entre os jovens. <u>Acham positivo</u> que os pais os chamem à atenção e consideram que <u>têm razão</u> no que afirmam.	Os pais <u>alertam para os perigos</u> da ingestão em excesso. Os progenitores <u>aceitam</u> que bebam de <u>forma moderada.</u> Consideram a <u>opinião dos pais.</u> Consideram que <u>pais muito controladores</u> promovem situações de <u>ingestão excessiva perigosa.</u>

Os dados apontam, a semelhança de estudos anteriores, para uma influência família na experimentação da ingestão de bebidas alcoólicas. A convivência dos pais relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, está patente na informação obtida.

Tabela 3 – Resumo da dimensão sociocultural

A tolerância social do consumo de bebidas alcoólicas está presente na sociedade portuguesa. O consumo deste tipo de bebidas não é visto, como se fosse de uma droga, sendo os jovens motivados pelos progenitores e familiares próximos a ingerir em momentos de encontro e em datas festivas. Os alunos consideram as chamadas de atenção para os perigos associados à ingestão de bebidas alcoólicas feitas pelos pais. Os consumidores referem efeitos negativos no excesso de controle por parte dos pais. Esse comportamento leva ao abuso de ingestão, em momentos vividos por não consumidores, afastados de ambientes familiares, por desconhecimento dos efeitos do consumo alcoólico o que promove situações de risco.

Tabela 3 – Dimensão Sociocultural – fatores micro - sociais (resumo dos dados obtidos)

DIMENSÃO SOCIOCULTURAL			
SUB-DIMENSÃO	OBJETIVOS	ALUNOS NÃO CONSUMIDORES DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	ALUNOS CONSUMIDORES DE BEBIDAS ALCOÓLICAS
FATORES MICRO-SOCIAIS	ODSC3.	Consideram que o grupo que integram <u>tem influência nos consumos.</u>	Referem que o <u>grupo não influencia</u> os consumos mas pode desenvolver uma <u>influência tácita, devido ao hábito de ingestão dos elementos que o integram.</u>
	Conhecer a interferência dos pares no hábito de consumo alcoólico	Os grupos de <u>consumidores são críticos com quem não consome.</u> <u>Motivam</u> a tomar. Os seus amigos consomem pouco, chamam-nos à atenção para os riscos para a saúde, perigos e alterações de comportamento. <u>Não valorizam</u> mais quem bebe. Valorizam quem <u>sabe conviver, não perturbar e ser leal.</u> <u>Aborrece-os</u> quem fica embriagado e sem conversa interessante. <u>Nunca beberam</u> para acompanhar ou não desiludir alguém. <u>Ser verdadeiro, divertido, aproveitar a companhia dos outros e não aborrecer,</u> são comportamentos que facilitam a integração no seu grupo.	Não tomam bebidas alcoólicas se estão <u>doentes, a tomar medicamentos ou</u> simplesmente porque <u>não lhes apetece.</u> Não criticam os amigos, consideram que cada um <u>escolhe sentir-se bem.</u> <u>Não valorizam</u> mais quem toma. Valorizam o <u>companheirismo, a lealdade, a simpatia e a boa disposição,</u> num amigo. A maioria dos entrevistados <u>nunca ingeriu bebidas alcoólicas</u> para acompanhar alguém ou para não desiludir. Consideram que <u>reduziriam ou se abstinham de tomar,</u> se os demais elementos do seu grupo deixassem de o fazer. Os comportamentos que facilitam a integração de um novo elemento no teu grupo de amigos são <u>gostar de conversar, ser divertido. Beber ou fumar é indiferente.</u>

A análise da Tabela 3 aponta para uma influência, ativa ou tácita, por parte dos pares quer no hábito de abstinência quer no de consumo de bebidas alcoólicas o que coincide com Muisener (1994). Este, refere que integram os fatores determinantes do consumo as características da personalidade e a imitação. É de salientar que os alunos consumidores consideram que reduziriam ou se absteriam da ingestão de bebidas alcoólicas, se os demais elementos do seu grupo de pertença, cessassem o consumo.

A comunicação e a diversão interpares são referidas, quer por não consumidores quer por consumidores como uma prática importante nos momentos de encontro e convívio.

Tabela 4 – Dimensão Sociocultural – fatores macrosociais (resumo dos dados obtidos)

<i>DIMENSÃO SOCIOCULTURAL</i>			
SUB-DIMENSÃO	OBJETIVOS	ALUNOS NÃO CONSUMIDORES DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	ALUNOS CONSUMIDORES DE BEBIDAS ALCOÓLICAS
FATORES MACROSSOCIAIS	ODSC5. Identificar o efeito de modelagem social exercida através dos <i>mass media</i> e sociedade	A <u>publicitação</u> de bebidas alcoólicas <u>não influencia</u> o consumo. A <u>convivência interpares</u> é promotora do consumo. Os <u>mais novos</u> talvez sejam <u>influenciados</u> pela divulgação nos meios de comunicação social e <u>tentam imitar</u> os colegas mais velhos. Referem a série televisiva juvenil "<u>Morangos com açúcar</u>" como <u>forte incentivo</u> ao consumo. Referem ouvir falar de quem bebe de mais e faz "más figuras" e <u>não consideram</u> que isso seja <u>popular</u>. Consideram populares pessoas que são <u>divertidas, simpáticas e bonitas</u>. Acham que está na <u>moda</u> tomar bebidas alcoólicas pela <u>quantidade</u> de gente que observam. <u>Não</u> consideram que os consumidores estejam na <u>moda</u>. Referem <u>receber comentários</u> dos colegas por não adotarem o hábito do consumo de bebidas alcoólicas.	A <u>publicitação</u> de bebidas alcoólicas <u>não influencia</u> o consumo nem a escolha. A <u>companhia</u> dos amigos é o que mais <u>influencia</u>. Consideram a possibilidade de <u>influenciar os mais jovens</u>. Referem a série televisiva juvenil "<u>Morangos com açúcar</u>" como uma série que influenciará os <u>mais jovens</u>, que consideram mais influenciáveis. A <u>popularidade</u> dos elementos do grupo <u>não está relacionada</u> com a ingestão de bebidas alcoólicas. Referem que os <u>mais velhos bebem porque querem</u> e <u>os mais novos por imitação</u> daqueles e para <u>se imporem</u>. Beber está na <u>moda</u>. Começa-se cada vez <u>mais cedo</u>. As bebidas estão, no tempo presente, <u>mais acessíveis</u>. Isso implica <u>maior consumo</u>.

Relativamente à interferência dos *média* (Tabela 4), no consumo e preferências dos jovens, os entrevistados apontam uma notória influência sobre os mais novos, referindo, em particular, uma série televisiva juvenil. De acordo com Pinsky (2009), as imagens publicitárias que passam na televisão, revistas, internet, *shows* e festas para público jovem levam a que estes se sintam integrados ao adotarem comportamentos idênticos, sentindo-se de forma antagónica se não ingerirem. Refere ainda que beber é libertador e não beber é repressor. Alguns alunos não consumidores revelaram ser alvo de comentários por parte dos colegas por não adotarem o hábito alcoólico sentindo-se por vezes à margem do grupo.

Tabela 5 – Dimensão Socio Cultural – Representações Sociais (resumo dos dados obtidos)

DIMENSÃO SOCIOCULTURAL			
SUB-DIMENSÃO	OBJETIVOS	ALUNOS NÃO CONSUMIDORES DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	ALUNOS CONSUMIDORES DE BEBIDAS ALCOÓLICAS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	ODSC6. Conhecer as representações sociais dos jovens relativamente ao consumo alcoólico	Consideram <u>importante a não ingestão</u> de bebidas alcoólicas porque: I - não afeta o <u>controle individual</u> , II - acarreta <u>vantagens económicas</u> , III - promove a <u>saúde individual e coletiva</u> , IV - <u>reduz</u> a ocorrência <u>de acidentes</u> , V - causa <u>tranquilidade familiar</u> . O <u>desempenho escolar</u> não é afetado negativamente pelo consumo de bebidas alcoólicas. O consumo por parte dos amigos acontece durante o <u>fim de semana</u> e, nos restantes dias, o <u>comportamento</u> deles <u>é normal</u> .	<u>Não</u> apontam uma <u>razão importante</u> para o consumo de bebidas alcoólicas. Pensam tratar-se de uma <u>rotina do grupo</u> . <u>Socialmente é agradável</u> tomar bebidas com os amigos. Estariam <u>igualmente bem</u> se não tomassem. O <u>desempenho escolar</u> e o <u>comportamento não são influenciados</u> pelo hábito de ingestão de bebidas alcoólicas, justificando-se <u>pela quantidade</u> que consideram ingerir e por acontecer mais frequentemente durante o <u>fim de semana</u> . O <u>comportamento</u> fica alterado num <u>período curto</u> . Referem conhecer pessoas que <u>bebem</u> mais e alcançam <u>bons resultados</u> . Consideram que as <u>saídas à noite diminuem</u> o tempo dedicado ao <u>estudo</u> porém, <u>conviver</u> com os pares <u>é importante</u> .

É nas saídas à noite que os jovens revelam ingerir mais frequentemente bebidas alcoólicas, considerando alguns tratar-se de uma rotina. O estudo realizado por Lomba, Apóstolo, Mendes e Campos (2011) revela que os jovens portugueses, com idades compreendidas entre os 15 e os 35 anos, frequentadores de ambientes recreativos, o número de horas destas saídas noturnas é de cerca de 6 noites por mês, uma média de mais do que uma noite por fim de semana e visitam entre 2 a 3 locais de diversão por noite durando entre 5 a 6 horas.

Os jovens que participaram no nosso estudo, não relacionam a ingestão de bebidas alcoólicas com os resultados escolares que obtêm.

Tabela 6 – Dimensão Pessoal – Fatores individuais - Questão final

DIMENSÃO PESSOAL			
SUB-DIMENSÃO		ALUNOS NÃO CONSUMIDORES DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	ALUNOS CONSUMIDORES DE BEBIDAS ALCOÓLICAS
FATORES INDIVIDUAIS	Questão final	<u>Maior tranquilidade</u> não ingerindo.	<u>Não tem vantagens relevantes.</u>
	Que vantagens	<u>Não ter atitudes reprováveis.</u>	<u>Diversão</u> em grupo.
	consideras	Importância de <u>ser diferente.</u>	<u>Esquecer</u> algumas situações desagradáveis.
	existirem no	<u>Não afetar a saúde.</u>	Sentir <u>prazer</u> em beber quando está com os amigos.
	consumo/não consumo de bebidas alcoólicas?	<u>Não criar sentimentos desagradáveis</u> em familiares próximos, por tê-los <u>sentido anteriormente.</u> <u>Sentir-se bem</u> e manter a <u>tranquilidade dos pais.</u>	Sentir-se mais <u>desinibido e alegre.</u>

As respostas dadas à questão final (Tabela 6), parecem-nos remeter para o foro afetivo, por parte dos alunos não consumidores. Maior tranquilidade pessoal e dos pais, não criar sentimentos desagradáveis nos demais, como atitude de contraposição ao que já viveram, são disso exemplo. A maioria dos alunos consumidores não conseguiram referir vantagens relevantes, sendo que alguns apontam a diversão, prazer, desinibição, alegria e esquecimento, no momento, de situações desagradáveis que os perturbam.

5. CONCLUSÃO

Neste estudo, os dados apontam no sentido do primeiro contacto com as bebidas alcoólicas acontecer em ambiente noturno, entre os 13 e os 15 anos por influência ativa ou tácita dos pares, sendo estas ascendências promotoras da continuidade do consumo. O comportamento alcoólico é indissociável de ambientes de festa. Uma modificação de comportamento, no grupo de pertença, parece apontar para a alteração do comportamento individual, relativamente à ingestão de bebidas alcoólicas, sendo que o grupo, ativa ou tacitamente funciona como promotor do hábito alcoólico. É este núcleo que é referido como o elemento de maior influência na abstinência ou ingestão de bebidas alcoólicas.

Atingir a intoxicação alcoólica e sentir os seus efeitos, não contribui para o desencorajamento da ingestão. Os jovens não consumidores já experimentaram tomar bebidas alcoólicas mas, quer o sabor de algumas, quer os efeitos que provocam, não são estimulantes do consumo, considerando desnecessária a sua ingestão para a valorização da convivência interpares.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Buendía, L. (1998). El proceso de investigación. In M. P. Colás, & L. Buendía (Orgs.), *Investigación educativa* (pp. 69-107). Sevilla: Ediciones Alfar.

- (2) Cabral, L. (2007). *Consumo de bebidas alcoólicas em rituais/praxes académicas*. Tese de doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- (3) Feijão, F. (2010). Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas. *Revista toxicodependências*, 16, 29-46. Retirado em outubro 2, 2010, a partir de http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2010/1/Text3Vol16_n1E.pdf.
- (4) Feijão, F. (2009). *ESPAD 2007 - European School Survey project on Alcohol and other Drugs*. Retirado em outubro 2, 2010, a partir de <http://www.idt.pt/pt/investigacao/documentos/sintese/espado7.pdf>.
- (5) Feijão, F., & Lavado, E. (2003). *Os adolescentes e o álcool: Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e droga*. Obtido em 22 de setembro de 2010, de http://www.idt.pt/media/relatorios/investigacao/ECATD/ecatd_Alcool.pdf.
- (6) Gameiro, A. (1998). *Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas em Portugal*. s.l.: Editorial Hospitalidade.
- (7) Lomba, L., Apóstolo, J., Mendes, F., & Campos, D. C. (2011). Jovens portugueses que frequentam ambientes recreativos noturnos. Quem são e comportamentos que adotam. *Toxicodependências*, 17(1), 3-15.
- (8) Matos, M. G., & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde (2010). *A saúde dos adolescentes portugueses: relatório do estudo HBSC*. Lisboa: Edições FMH.
- (9) Matos, M. G., Carvalhosa, S. F., Reis, C., & Dias, S. (2001). *Os jovens portugueses e o álcool*. 7, 1. Retirado em outubro 2, 2010, a partir de <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/alcool.pdf>.
- (10) Mello, M. L., Pinto, A. P., Frazão, M. H., & Rocha, J. P. P. (1988). *Manual de alcoologia para o clínico geral*. Coimbra: Editora Delagrangue.
- (11) Muisener, P. (1994). *Understanding and Treating Adolescent Substance Abuse*. London: Sage Publications.
- (12) Pinsky, I. (2009). *Publicidade de bebidas alcoólicas e os jovens*. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro.
- (13) The International Bank for Reconstruction and Development (2006). *World development report 2007: development and the next generation*. Washington, DC: The World Bank.

O CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE OS ALUNOS DO 9º ANO DE ESCOLARIDADE DO DISTRITO DE BEJA: FATORES CARACTERIZANTES

THE ALCOHOL CONSUMPTION BY STUDENTS 9TH GRADE IN THE DISTRICT OF BEJA: CHARACTERIZING FACTORS

Teresa Tavares,¹ Jorge Bonito,² & Maria Manuela Oliveira³

¹ Escola Secundária com 3º ciclo D. Manuel I de Beja. Universidade de Évora. tsousatavares@gmail.com

² Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora. Centro de Investigação em Educação e Psicologia (CIEP) da Universidade de Évora. Centro de Investigação Didática e Tecnologia na Formação de Formadores (CIDTFF) da Universidade de Aveiro. jbonito@uevora.pt

³ Escola de Ciências e Tecnologia da Universidade de Évora. Centro de Investigação em Matemática e Aplicações (CMA). mmo@uevora.pt

RESUMO

O consumo de bebidas alcoólicas tem sido, em geral, manifestamente muito bem tolerado pelas sociedades. Isto faz com que o álcool seja a droga mais procurada no mundo, tendo-se registado, entre 1995-2011, um aumento significativo do consumo pelos jovens. Apesar do disposto legal impedir a venda e o consumo de álcool a menores de 16 anos, os jovens tendem a começar o seu consumo cada vez mais cedo. A escola tem sido apontada como um dos locais privilegiados para, no âmbito da educação para a saúde, alertar e sensibilizar os jovens para uma mudança de atitude e para escolhas positivas face à problemática do consumo de álcool. Este estudo pretende caracterizar o consumo de álcool pelos alunos do 9º ano de escolaridade de escolas do distrito de Beja e identificar fatores determinantes desse comportamento. Foi construído e validado um questionário, e aplicado a 140 estudantes do 9º ano, cujos resultados foram analisados no SPSS. Neste trabalho analisam-se os dados relativos às perguntas de resposta fechada, que compreendem itens distribuídos por duas dimensões: socioeconómica (*idade, sexo e reprovação*) e pessoal (hábitos de consumo: *Já consumiu álcool; Contextos sociais em que consome álcool; Em que parte do dia costuma consumir álcool; Quando tomou o último “copo”; Que bebidas alcoólicas costuma consumir; Quanto dinheiro costuma gastar em bebidas alcoólicas, por semana*). Apenso ao nosso questionário encontrava-se o autoteste *AUDIT*, que pretendia avaliar o tipo de consumo dos jovens (de baixo risco, nocivo/abusivo ou dependência). Para analisar a intensidade e sentido da associação entre as diferentes variáveis nominais recorremos ao coeficiente de correlação *V de Cramer*. Verifica-se que existe uma associação forte e significativa entre as variáveis estudadas. Os resultados obtidos permitiram identificar fatores que caracterizam o consumo de álcool pelos jovens no distrito de Beja e ainda classificar os consumos dos alunos: cerca de 78% com consumo de baixo risco e 22% com consumo nocivo/abusivo.

Palavras chave: álcool, jovens, consumo, dependência.

ABSTRACT

Alcohol consumption has generally been well accepted or tolerated by society. Thus, alcohol is one of the most popular drugs around the world and a major increase in its consumption, between 1995 and 2011, has been recorded among teenagers. Though the sale of alcoholic drinks and their consumption by people under the age of 16 years old is considered illegal, young people tend to start drinking earlier and earlier in their lives. School, through specially designed health programs, is a

privileged place to call youngsters' awareness for the damaging consequences of alcohol consumption and to encourage an attitude shift fostering a more positive behavior. This study aims at providing a portrait of the consumption of alcoholic drinks among 9th graders from the schools within the region of Beja and identify the root causes for such behavior. A questionnaire was created and validated, answered by 140 9th grade students and the results were assessed using SPSS software. This work focuses on the data from closed questions (in the survey) about different aspects in two domains: socioeconomical domain (age, gender and school failure) and personal domain (consuming habits: if he/she has consumed alcohol, social contexts in which alcohol is consumed, part of the day when alcohol is consumed, the last drink taken, type of alcoholic drinks usually consumed, money spent on alcoholic drinks per week). Along with the questionnaire, an AUDIT screening test was also included in order to depict consumption among young people (low risk, harmful/abusive or addiction). Using the Cramer's V correlation coefficient to measure how strictly related the several nominal variables are it was concluded that the association established is, in fact, strong and relevant. The data collected has allowed the identification of those aspects that characterize young people's drinking habits and rank these students' consumption. We have come to the conclusion that 78% can be considered as a hazardous or low risk consumption while damaging and abusive consumption reaches up to 22%.

Keywords: alcohol, teenagers, consumption, addiction.

1. INTRODUÇÃO

O consumo de bebidas alcoólicas tem sido, manifestamente, muito bem tolerado pela sociedade portuguesa. Apesar da legislação estabelecer a proibição de venda e consumo de bebidas alcoólicas a menores de 16 anos (Decreto-Lei nº 9/2002, de 24 de janeiro), o consumo deste tipo de bebidas não é visto, pela mesma sociedade, como se se tratasse de uma droga. Assim, verifica-se no quotidiano da nossa vida a venda de bebidas alcoólicas a crianças e jovens com idade inferior a 16 anos, nos vários tipos de estabelecimentos comerciais, bem como alguma falta de fiscalização por parte das entidades competentes para tal.

Segundo um estudo realizado por Gameiro (1998), cerca de 500 mil jovens entre os 15 e os 24 anos já consomem bebidas alcoólicas três vezes por semana ou mais. Feijão e Lavado (2003), no estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas (ECATD) concluíram que cerca de 9% dos rapazes e 5% das raparigas de 13 anos, e cerca de 60% dos rapazes e 42% das raparigas de 18 anos, já experienciaram, pelo menos uma vez, intoxicações alcoólicas ("bebedeiras"). Quanto ao local do último consumo de álcool, entre 25 e 30% dos rapazes e 23 e 30% das raparigas referiram que foi a "própria casa ou o restaurante". Cerca de 22% dos alunos de 13 anos e 58% de 18 anos, consomem bebidas destiladas e a intensidade desse consumo, na última ocasião, tende a aumentar progressivamente com a idade. A frequência de consumo de cerveja, nos últimos 30 dias, foi de 1 a 5 vezes para 13% dos rapazes de 13 anos e para 29% dos de 18 anos. O vinho é a bebida alcoólica com menor prevalência de consumo, nos últimos 30 dias. As intoxicações alcoólicas, vulgarmente designadas por "bebedeiras", já tinham acontecido, pelo menos uma vez, a 9% dos rapazes e a 5% das raparigas de 13 anos e a 60% dos rapazes e 42% das raparigas, de 18 anos.

A prevalência ao longo da vida (PLV) indica a existência de experiência de consumo. A prevalência nos últimos 12 meses (P12M) é um indicador do consumo recente; enquanto a prevalência nos últimos 30 dias (P30D) é um indicador do consumo atual (valor mais próximo do consumo habitual). De acordo com os resultados do *European School Survey on Alcohol and other Drugs* (ESPAD, 2003), Portugal apresenta valores médios de P30D de bebidas destiladas, e valores baixos de percentagens de alunos com consumos de vinho e cerveja nesse mesmo período. Também apresenta as PLV e P12M com menores percentagens de alunos com bebedeiras "aos 13 anos, ou antes".

De acordo com os dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2005-2006 (INSA, 2006), verificou-se um crescimento da percentagem de consumidores de álcool no Alentejo, relativamente ao período

entre 1995-1996, enquanto nas demais regiões do país se verificou uma diminuição. Houve um aumento da taxa de prevalência de consumo de álcool pelos alunos do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário, entre 2001 e 2006, sendo esta mais elevada no Alentejo, principalmente no distrito de Beja. Segundo Feijão (2010), foi também no Alentejo onde se verificou a maior taxa de embriaguez, entre os alunos de 3º ciclo e do secundário. Tendo em conta os resultados do inquérito ESPAD (2007), pelo menos dois terços dos estudantes da totalidade dos países participantes já ingeriram álcool, pelo menos uma vez ao longo da sua vida, com uma média próxima dos 90%. Os valores médios correspondentes aos consumos de álcool nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias são de 82% e 61%, respetivamente. Estes números mantiveram-se praticamente inalterados entre 1995 e 2007 no que se refere aos níveis de PLV e P12M, enquanto os números referentes à P30D aumentaram até 2003, diminuindo depois ligeiramente em 2007, especialmente entre os rapazes. Portugal revela uma tendência ascendente contínua no consumo esporádico excessivo, durante os últimos 30 dias desde 1995 até 2007, sendo este bastante mais comum entre os rapazes do que entre as raparigas. Contudo, esta diferença diminui bastante em 2007. Em Portugal verificou-se o maior aumento da percentagem de estudantes (de 25 para 56%) que teve consumo esporádico excessivo durante os últimos 30 dias, entre 2003 e 2007. Segundo os resultados do inquérito *Health Behaviour in School-aged Children* (Matos, Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2010), aproximadamente 42% dos adolescentes portugueses refere ter consumido álcool pela primeira vez entre os 12 e os 13 anos de idade e cerca de 62% refere que se embriagou pela primeira vez, por volta dos 14 anos. As bebidas mais consumidas, todas as semanas/meses são as destiladas (11,6% para os rapazes e 8,3% para as raparigas), seguindo-se a cerveja (11,5% para os rapazes e 4,5% para as raparigas). Cerca de 45% dos alunos apresentam uma prevalência nos últimos 30 dias de um a dois consumos e cerca de 26% com três ou mais consumos. Relativamente às alturas de consumo, 37% dos alunos consome bebidas alcoólicas preferencialmente aos fins de semana e à noite. Feijão, Lavado e Calado (2011), no estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas (ECATD) verificaram que, entre os alunos dos 16 aos 18 anos, houve um aumento dos consumos mais intensivos (havendo ingestão de maior quantidade de bebidas destiladas e mais embriaguez), sendo mais significativo o aumento entre as raparigas do que entre os rapazes. De realçar que se verifica um grande aumento das PLV, P12M e P30D, com a idade: aos 13 anos a PLV é de 37,3%, aumentando sempre até aos 18 anos em que a PLV é de 90,8%; a P12M aos 13 anos é de 27,3%, subindo sempre até 86,5% para os 18 anos; a P30D que era de 12,9% para os alunos de 13 anos, aumentou até 70,3% para os 18 anos. Lomba, Apóstolo, Mendes e Campos (2011) realizaram um estudo sobre jovens portugueses, com idades compreendidas entre os 15 e os 35 anos, que frequentam ambientes recreativos noturnos e verificaram que estes saem cerca de 6 noites por mês, que corresponde a uma média de mais do que uma noite por fim de semana e visitam entre 2 a 3 locais de diversão por noite. Estas saídas noturnas duram entre 5 a 6 horas e, por noite, os jovens gastam em média 16 €. Cerca de 96% dos jovens tendem a selecionar os ambientes recreativos atendendo, preferencialmente, à possibilidade de encontrar amigos e cerca de 59% dos jovens deste estudo valorizam a possibilidade de acesso a bebidas alcoólicas baratas como importante fator de seleção do local de diversão. Os referidos autores apuraram, ainda, que cerca de 52% dos jovens referiram ter-se embriagado nas últimas 4 semanas, em média 1,75 vezes (SD = 2,68).

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Participantes

No ano letivo de 2010/2011 existiam 1051 alunos a frequentar o 9º ano, nas escolas básicas e secundárias, no distrito de Beja. Como não se pretendia realizar um estudo de Censos, selecionámos uma amostra, que se desejava superior a 10% da população. Assim, aplicámos o questionário a 12

turmas de escolas básicas de 2º e 3º ciclo e escolas secundárias c/ 3º ciclo, do distrito de Beja, inquirindo 312 alunos (29,7% da população), de modo a aumentar a probabilidade de taxa de retorno e a saturar a amostragem. Recebemos 140 questionários válidos, correspondendo a uma taxa de retorno de 44,9%. Obtivemos uma cobertura de 13,3% da população.

2.2 Instrumentos de recolha de informação

Foi construído um inquérito por questionário, de raiz, que se encontrava dividido em três dimensões: sociocultural, pessoal e representações sociais. Apenso ao questionário, juntou-se o *Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT* (Babor, Higgin-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001), que consiste num autoteste, que visa avaliar o tipo de consumo dos alunos (consumo de baixo risco, consumo nocivo/abusivo ou dependência).

No processo de validação de conteúdo, o questionário foi sujeito à apreciação de um painel de quatro especialistas: António Neto (Universidade de Évora), Domingos Neto (Faculdade de Ciências Médicas – UNL); Jorge Bonito (Universidade de Évora) e Margarida Gaspar de Matos (Faculdade de Motricidade Humana – UTL). As sugestões dos especialistas foram discutidas e consideradas. Procedeu-se às devidas alterações. Posteriormente foi aplicado um questionário-teste a uma amostra de 14 alunos da Escola Secundária c/ 3º Ciclo D. Manuel I, de Beja, do 9º ano, permitindo recolher as opiniões dos alunos, ver que comentários faziam, que perguntas não eram entendidas, para se obter mais informação acerca da formulação das próprias questões.

Foram solicitadas e obtidas as autorizações da Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação e dos diretores dos agrupamentos de escolas/escolas secundárias com 3º ciclo para aplicação do questionário, entre maio e junho de 2011. A análise da informação dos questionários foi tratada com recurso ao SPSS (versão 18.0).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização da amostra

No que diz respeito à caracterização da amostra, cerca de 55,7% dos inquiridos são do sexo feminino. A média das suas idades é de 14,9 anos ($DP = 0,891$), sendo o valor modal 15 anos. O erro padrão da média é de 0,075, revelando uma pequena dispersão entre as idades médias obtidas em amostras semelhantes do mesmo universo. Procurámos abranger alunos que frequentassem os dois tipos de escolas, pelo que 45% dos alunos pertenciam a Escolas Básicas e 55% a Escolas Secundárias c/ 3º Ciclo. Cerca de 21% dos inquiridos já haviam reprovado de ano, pelo menos uma vez.

Cerca de 41% dos alunos vive numa vila e 36% em cidades. Dos demais residem em aldeias (16%) e montes (7%). Cerca de 56% dos alunos vive com os pais e irmã(o) ou irmãos(os) e 12% vive apenas com os pais; os restantes alunos vivem com outro agregado familiar.

3.2 Descrição das variáveis

Da dimensão sociocultural do questionário, tratámos as variáveis *“Idade”*, *“Escola que frequenta”*, *“Reprovação”*, *“Onde vive”* e *“Com quem vive”*, com vista à caracterização da amostra, que já foi descrita no ponto anterior. Depois procedemos ao tratamento dos resultados das variáveis *“Já consumiu álcool”*, *“Idade da 1ª bebida”*, *“Em que contextos sociais/ocasiões consome bebidas alcoólicas”*, *“Em que parte do dia costuma consumir bebidas alcoólicas”*, *“Que bebidas alcoólicas costuma consumir”*, *“Quando tomou o último copo”*, *“Quanto dinheiro costuma gastar em bebidas alcoólicas, por semana”*, da dimensão pessoal e *“Teste AUDIT”*, para caracterizar os hábitos de consumo de álcool dos alunos.

Relativamente à variável *“Já consumiu álcool”*, os resultados estão representados na Tabela 1.

Com base nos dados verificamos que cerca de 58% dos alunos já consumiu álcool mais do que uma vez, sendo preocupante o fato de, cerca de 24% dos alunos consumir álcool regularmente.

De realçar que apenas 12 alunos (8,6%) referiram que nunca consumiram bebidas alcoólicas. Estes 12 alunos não responderam, sob nossa indicação, às questões seguintes do questionário (exceto o Teste *AUDIT*), sobre os seus hábitos de consumo.

Tabela 1 – Resultados relativos à ocorrência de consumo de álcool.

	<i>Já consumiu álcool?</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
	Nunca	12	8,6
	1 vez	11	7,9
	Mais do que 1 vez	81	57,9
	Regularmente	33	23,6
	Sub-total	137	98
Missing cases	999	3	2
Total		140	100,0

Relativamente à variável “*Idade do consumo da primeira bebida alcoólica*” os resultados apresentam-se na Tabela 2. Os dados da aí expressos permitem perceber que para cerca da 27% da amostra inquirida, o primeiro contacto com a bebida alcoólica fez-se aos 13 anos de idade, ainda que cerca de 20% a tivesse experimentado um ano antes, apesar da legislação estabelecer os 16 anos como idade mínima para consumir bebidas alcoólicas.

Tabela 2 – Resultados relativos à idade com que se consumiu a 1ª bebida alcoólica.

	<i>Anos de idade</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
	4	1	0,8
	5	2	1,6
	6	1	0,8
	7	1	0,8
	9	3	2,3
	10	6	4,7
	11	6	4,7
	12	25	19,5
	13	35	27,3
	14	32	25,0
	15	12	9,4
	16	2	1,6
	Sub-total	126	98,5
Missing cases	999	2	1,5
Total		128	100,0

A média das idades do 1º consumo é de 12,7 anos (DP = 2,056 e erro standard da média = 0,183) e o valor modal é de 13 anos. Lemos com alguma inquietude o facto de 6,3% dos estudantes declarar ter experienciado o álcool antes dos 10 anos de idade e, particularmente, um deles afirmar que fora aos 4 anos e outros dois aos 5 anos.

Na Tabela 3 apresentam-se os resultados relativos à variável “*Em que contextos sociais/ocasiões consome bebidas alcoólicas*”. De acordo com os resultados, as crianças tendem a consumir bebidas alcoólicas preferencialmente em festas (24,2%) ou em festas e com os amigos (23,4%). Temos variadas combinações de ocasiões preferenciais de consumos de álcool, estando as festas agregadas a 86,5% dos contextos sociais para o efeito. O facto de 40% dos consumos estarem associados ao

fim de semana vêm confirmar os dados do inquérito *Health Behaviour in School-aged Children* (Matos, Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2010), em que cerca de 37% dos alunos costuma consumir bebidas alcoólicas nesse período da semana, bem como o estudo de Lomba, Apóstolo, Mendes e Campos (2011) onde verificaram que estes saem cerca de 6 noites por mês, que corresponde a uma média de mais do que uma noite por fim de semana.

Tabela 3 – Resultados relativos aos contextos sociais/ocasiões em que consomem bebidas alcoólicas.

Contextos sociais de consumo de bebidas alcoólicas		n	%
Festas		31	24,2
Saída amigos		8	6,3
Fins de semana		3	2,3
Fim período		1	0,8
Diariamente		2	1,6
Saídas com amigos, fins de semana		2	1,6
Festas, saídas com amigos e fins de semana		25	19,5
Festas e saídas com os amigos		30	23,4
Festas e fins de semana		3	2,3
Todas as opções		1	0,8
Festas, saídas com os amigos, fins de semana e final de período		16	12,7
Final de ano		1	0,8
Festas, saídas com amigos, final de período		2	1,6
Festas, fins de semana, final período		1	0,8
Sub-total		126	98,4
Missing cases	999	2	1,6
Total		128	100,0

Na Tabela 4 apresentam-se os resultados relativos à variável “*Em que parte do dia costuma consumir bebidas alcoólicas*”. Tendo em conta esses resultados, verificamos que maior parte dos consumos se fazem preferencialmente à noite (cerca de 91%). Consideramos preocupante que alguns declarem consumir bebidas alcoólicas às refeições ou se levantem de noite para o mesmo efeito. Estes resultados estão na continuidade dos do inquérito *Health Behaviour in School-aged Children* (Matos, Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2010), em que 37% dos alunos consomem álcool aos fins de semana e, preferencialmente, à noite e na investigação desenvolvida por Lomba, Apóstolo, Mendes e Campos (2011) que concluiu que os jovens frequentam ambientes recreativos, essencialmente noturnos, saindo cerca de 6 noites por mês, que corresponde a uma média de mais do que uma noite por fim de semana e visitando entre 2 a 3 locais de diversão por noite.

Tabela 4 – Resultados relativos à parte do dia em que os jovens costumam consumir bebidas alcoólicas.

Resultados relativos à parte do dia em que os jovens costumam consumir bebidas		
	<i>Parte do dia em que consome bebidas alcoólicas</i>	<i>N %</i>
	Refeições	2 1,6
	Noite	116 90,6
	Levanta-se de noite	1 0,8
	Tarde e noite	5 3,9
	Manhã, refeições, tarde e noite	1 0,8
	Com refeições, à noite	1 0,8
	Sub-total	126 98,4
Missing cases	999	2 1,6
Total		128 100,0

Na Tabela 5 apresentam-se os resultados relativos à variável “A altura em que consumiu o último copo de bebida alcoólica”.

Analisando os dados da Tabela 5, verificamos que mais de 32,8% dos jovens consumiu o último copo na última semana e a mesma percentagem consumiu entre uma semana e um mês. De realçar que 10,9% consumiu o último copo no dia anterior. Tendo em conta que o questionário foi aplicado durante o terceiro período, afastado dos grandes momentos festivos do calendário, verificamos que 75,7% dos alunos declarou ter consumido bebidas alcoólicas no último mês, que é indicador de um consumo habitual. Os nossos resultados estão de acordo com os estudos referidos anteriormente. Segundo Gameiro (1998), jovens entre os 15 e os 24 anos tendem a consumir bebidas alcoólicas três vezes por semana ou mais. De acordo com o relatório ESPAD (2003), Portugal apresenta valores médios de P30D, mas já em 2007 o valor é de 61%. Verifica-se assim, uma tendência ascendente contínua no consumo esporádico excessivo, durante os últimos 30 dias desde 1995 até 2007, sendo este bastante mais comum entre os rapazes do que entre as raparigas. Os resultados do inquérito *Health Behaviour in School-aged Children* (Matos, Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2010), revelam que cerca de 45% dos alunos apresentam uma prevalência nos últimos 30 dias de um a dois consumos e cerca de 26% com três ou mais consumos. Feijão, Lavado e Calado (2011), no estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas (ECATD) verificaram que a P30D que era de 12,9% para os alunos de 13 anos, aumentou até 70,3% para os 18 anos. Lomba, Apóstolo, Mendes e Campos (2011) apuraram ainda que, cerca de 52% dos jovens referiram ter-se embriagado nas últimas 4 semanas, em média 1,75 vezes.

Tabela 5 – Resultados relativos à altura em que tomou o último copo.

	<i>Quando tomou o último copo</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
	Ontem	14	10,9
	última semana	42	32,8
	entre 1 semana e 1 mês	41	32,0
	entre 1 e 3 meses	17	13,3
	há mais de 3 meses	12	9,4
	Sub-total	126	98,4
Missing cases	999	2	1,6
Total		128	100,0

Os resultados relativos à variável “Tipo de bebidas alcoólicas que costuma consumir” estão representados na Tabela 6.

De acordo com os dados da Tabela, verificamos que os jovens consomem, preferencialmente, cerveja (15,6%), seguido de bebidas brancas (14,8%) ou ambas (12,5%). Mais de 14% dos jovens costuma consumir estes dois tipos de bebidas e ainda *shots*. Contudo, é com grande preocupação que se verifica que os jovens costumam consumir uma grande variedade de bebidas alcoólicas, podendo fazer misturas, estando a cerveja associada a 60% dos consumos. No estudo de Feijão e Lavado (2003), a bebida mais consumida pelos jovens era, também, a cerveja, sendo o vinho a menos consumida.

Tabela 6 – Resultados relativos aos tipos de bebidas alcoólicas que costumam consumir.

<i>Tipo de bebidas alcoólicas que costuma consumir</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Cerveja	20	15,6
licores/whisky	1	0,8
Shots	3	2,3
bebidas brancas	19	14,8
cerveja, vinho, licores	2	1,6
cerveja, vinho e bebidas brancas	4	3,1
cerveja, vinho, shots e bebidas brancas	5	3,9
cerveja, shots e bebidas brancas	18	14,1
cerveja, vinho e shots	3	2,3
Todas	11	8,6
shots e bebidas brancas	11	8,6
cerveja, vinho, licores e bebidas brancas	3	2,3
cerveja e shots	3	2,3
cerveja, licores, shots, bebidas brancas	2	1,6
cerveja e bebidas brancas	16	12,5
bebidas brancas e vinho	1	0,8
cerveja, licores	1	0,8
Sangria	1	0,8
sangria, bebidas brancas	1	0,8
vinho, licores, shots e bebidas brancas	1	0,8
Sub-total	126	98,4
Missing cases 999	2	1,6
Total	118	100,0

Os resultados relativos à variável “Quantidade de dinheiro que costuma gastar em bebidas alcoólicas, por semana” encontram-se registados na Tabela 7. Com base nos dados aí expressos, mais de metade dos alunos (60,2%) gasta até 10 €. Contudo, 11 alunos consomem sem pagar, o que pode contribuir para um aumento desse consumo. Lomba, Apóstolo, Mendes e Campos (2011) verificaram que nestas saídas noturnas, que duram entre 5 a 6 horas, os jovens gastam em média 16 €.

Tabela 7 – Resultados relativos à quantidade de dinheiro que costuma gastar em bebidas alcoólicas, por semana.

<i>Quantidade de dinheiro gasto em bebidas alcoólicas, por semana</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
< 5 €	43	33,6
5-10 €	34	26,6
10-20 €	23	18,0
20-30 €	3	2,3
+ 30€	2	1,6
consumo sem pagar	11	8,6
não bebo, não gasto	10	7,8
Sub-total	126	98,4
Missing cases 999	2	1,6
Total	140	100,0

Os resultados do teste *AUDIT* apresentam-se na Tabela 8, tendo em conta as idades e o sexo dos alunos. Este teste pretende avaliar os tipos de consumos de álcool, classificando-os em “Consumo de

baixo risco”, se se obtiverem resultados entre 1 e 7, “*Consumo nocivo/abusivo*”, para valores entre 8 e 19 e “*Dependência*”, se os valores estiverem compreendidos entre 20 e 40.

Tabela 8 – Resultados do autoteste AUDIT, por idades e sexo dos alunos.

Autoteste AUDIT	Idade					Nº de casos válidos	Sexo		Nº de casos Válidos
	14	15	16	17	18		F	M	
Consumo de baixo risco	39	53	7	2	0	101	64	37	101
Consumo nocivo/abuso	6	14	4	3	2	29	10	19	29
Dependência	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	45	67	11	5	2	130	74	56	130

A média dos resultados do Teste *AUDIT* foi de 4,58, que corresponde a “*Consumo de baixo risco*” (DP = 4,705 e erro standard da média = 0,413). Não se detetaram alunos em situação de dependência. Cerca de 78% dos alunos apresenta um consumo de baixo risco e cerca de 22% um consumo de risco/abuso.

3.3 Medidas de Associação

Para analisar a intensidade e sentido da associação entre as diferentes variáveis nominais recorreremos ao coeficiente de correlação *V de Cramer* (Maroco, 2010). Considerou-se uma probabilidade de erro de tipo I (α) de 0,05 em todas as análises inferenciais. As hipóteses em estudo são: “H0 – As variáveis em estudo são independentes” e “H1 – Existe uma associação entre as variáveis”.

Tabela 9 – Análise da intensidade e sentido da associação entre variáveis

Variáveis	Nº de casos Válidos	Cramer's V Value	Approx. Sig.
Já consumiu álcool X Contextos em que consome	135	0,699	,000*
Já consumiu álcool X Em que parte do dia consome	135	0,600	,000*
Já consumiu álcool X Quando tomou último “copo”	137	0,679	,000*
Já consumiu álcool X Que bebidas consome	135	0,710	,000*
Já consumiu álcool X Quanto dinheiro costuma gastar em álcool, por semana	137	0,655	,000*
Já consumiu álcool X Autoteste AUDIT	135	0,580	,000*

* *p-value* é inferior aos usuais níveis de significância (0,05; 0,01; 0,1)

Com base na análise dos dados da Tabela 9, verificamos que existe uma associação forte e significativa entre estas variáveis, tendo em conta o *p-value*.

Nas seguintes figuras representam-se graficamente os resultados da associação entre as variáveis que constam na Tabela 9.

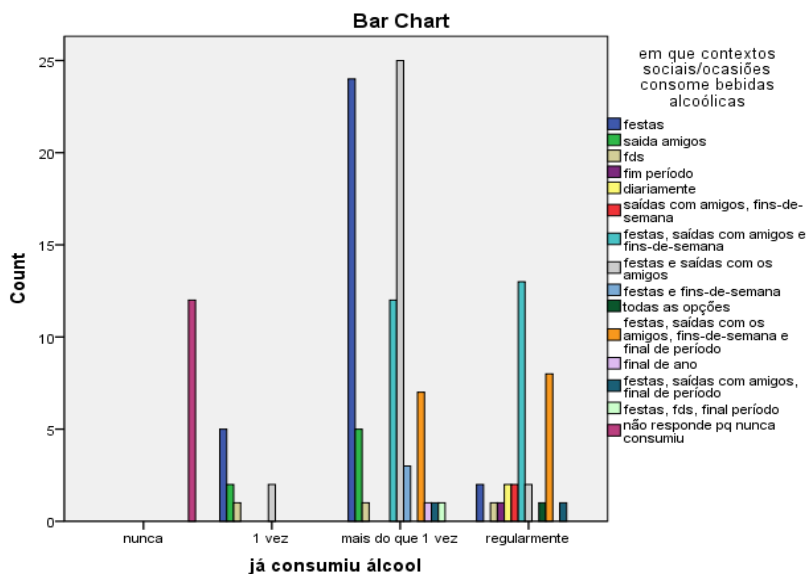


Figura 1 – Associação das variáveis: Já consumiu álcool X Contextos em que consome

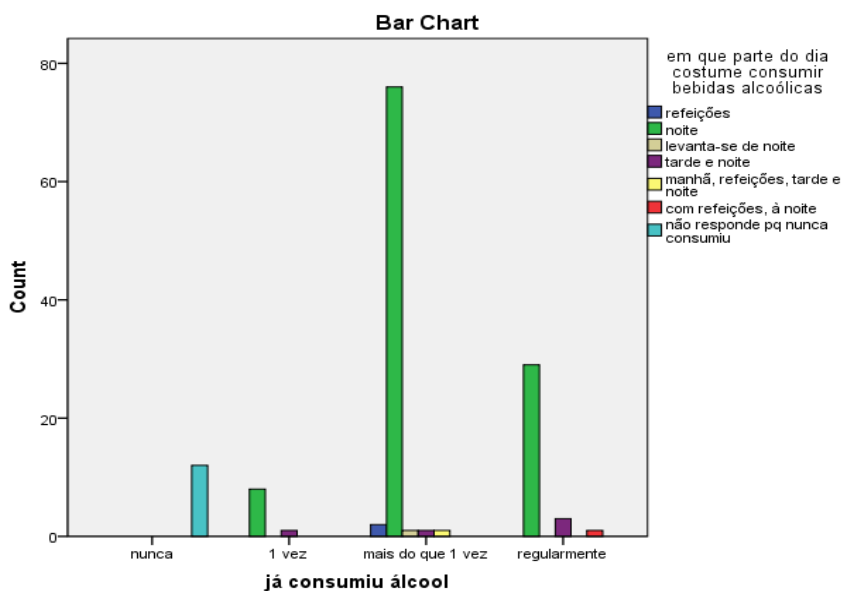


Figura 2 – Associação das variáveis: Já consumiu álcool X Em que parte do dia consome

Verifica-se que as crianças que já consumiram bebidas alcoólicas mais do que uma vez o fazem preferencialmente em festas; em festas e saídas com os amigos; e festas, saídas com os amigos e fins de semana (Figura 1). Os jovens que consomem álcool regularmente fazem-no geralmente em festas, saídas com amigos e fins de semana seguido de saídas com amigos, fins de semana e finais de

período. De acordo com a análise do gráfico da Figura 2, as crianças que já consumiram álcool o fazem predominantemente à noite.

Analizando os dados da Figura 3, verificamos que a maior parte dos jovens que já consumiu álcool mais do que uma vez o fez entre 1 semana e 1 mês, seguindo-se os que o fizeram na última semana. Já os alunos que consomem álcool regularmente fizeram-no na última semana e outros no dia anterior.

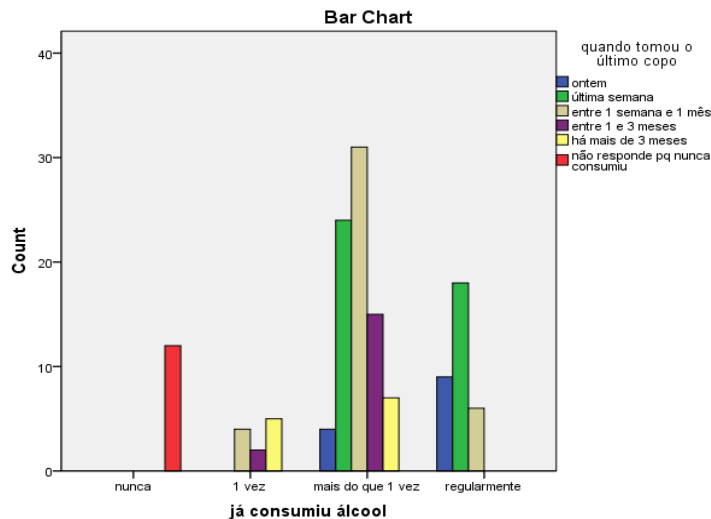


Figura 3 – Associação das variáveis: Já consumiu álcool X Quando tomou o último copo

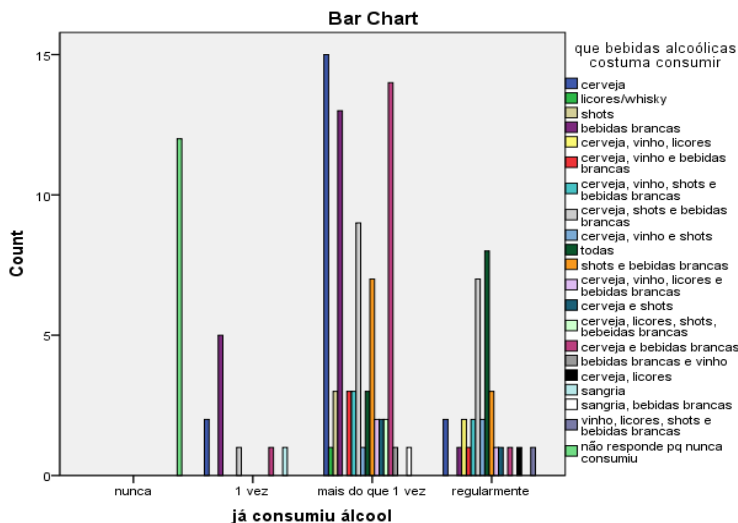


Figura 4 – Associação das variáveis: Já consumiu álcool X Que bebidas alcoólicas costuma consumir

De acordo com os dados do gráfico da Figura 4, os alunos que já consumiram álcool mais do que uma vez costumam consumir preferencialmente cerveja, bebidas brancas e shots. Já os alunos que consomem álcool regularmente costumam ingerir todo o tipo de bebidas, seguido de cerveja, shots e bebidas brancas.

Com base nos resultados do gráfico da Figura 5, verifica-se que a maioria dos alunos que já consumiram álcool mais do que uma vez gastam menos de 5 €, seguido de alunos que gastam entre 5 e 10 €. Dos alunos que consomem álcool regularmente, a maior parte gasta entre 5 e 10 € seguido de alunos que gastam entre 10 e 20 €.

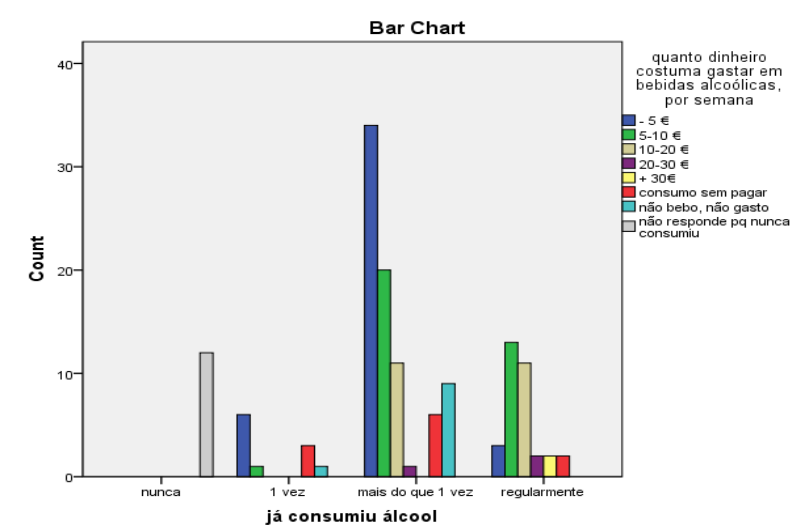


Figura 5 – Associação das variáveis: Já consumiu álcool X Quando dinheiro costuma gastar

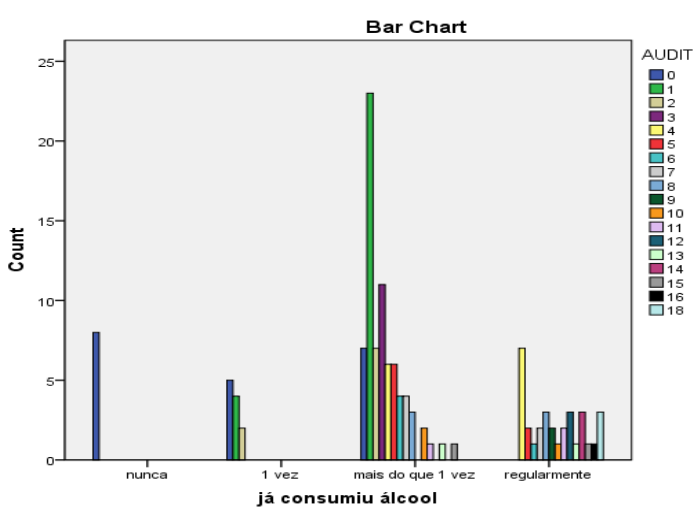


Figura 6 – Associação das variáveis: Já consumiu álcool X Teste AUDIT

Na tabela seguinte apresentamos os resultados subjacentes à análise de intensidade e sentido da associação entre um conjunto de variáveis estudadas. Atendendo ao *p-value*, verificamos que existe uma associação forte e significativa entre as variáveis representadas na Tabela 10.

Tabela 10 – Análise da intensidade e sentido da associação entre variáveis

Variáveis	Nº de casos Válidos	Cramer's V Value	Approx. Sig.
Contextos em que consome X Em que parte do dia consome bebidas alcoólicas	137	0,643	,000*
Contextos em que consome X Quando tomou o último “copo”	138	0,591	,000*
Contextos em que consome X Que tipo de bebidas costuma consumir	137	0,517	,000*
Contextos em que consome X Quanto dinheiro costuma gastar em álcool, por semana	138	0,529	,000*

* *p*-value é inferior aos usuais níveis de significância (0,05; 0,01; 0,1)

Nas figuras seguintes representam-se graficamente os resultados da associação entre as variáveis que constam na Tabela 10.

Analisando os dados do gráfico da Figura 7, constatamos que os alunos costumam consumir bebidas alcoólicas em festas, saídas com os amigos e fins de semana e essencialmente à noite. Levando em conta os dados do gráfico da Figura 8, a maior parte dos alunos tomou o último copo entre a última semana e 1 mês, ou na última semana, em situações de festa, saídas com os amigos ou fins de semana.

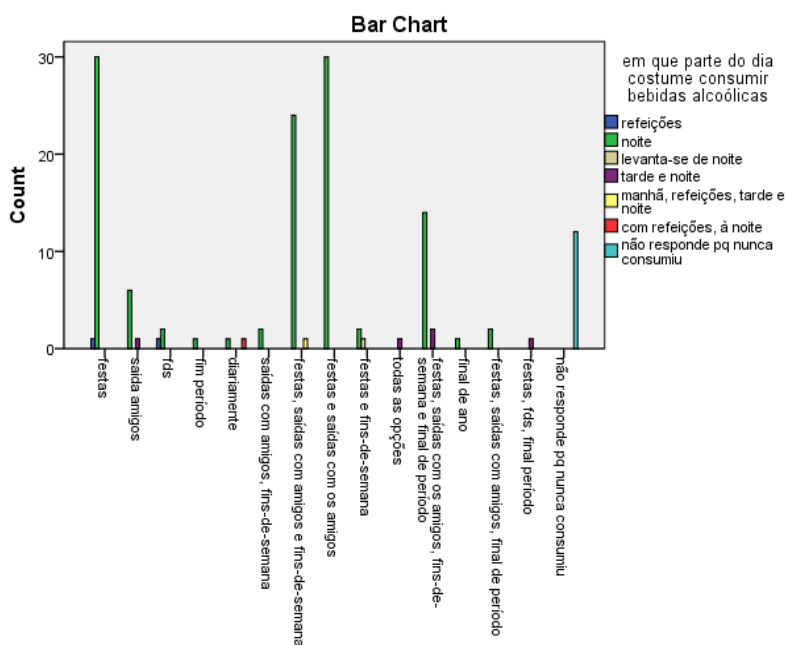


Figura 7 – Associação das variáveis: Contextos em que consome X Em que parte do dia consome

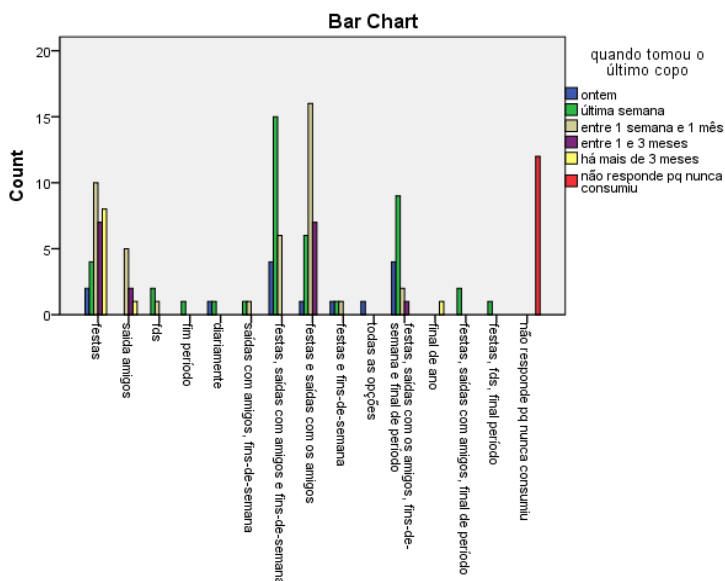


Figura 8 – Associação das variáveis: Contextos em que consome X Quando tomou o último copo

Os dados dos gráficos das Figura 9 e 10 permitem perceber que os alunos consomem essencialmente cervejas, bebidas brancas e *shots* em festas, saídas com amigos e fins de semana, gastando menos de 5 € ou entre 5 e 10 €.

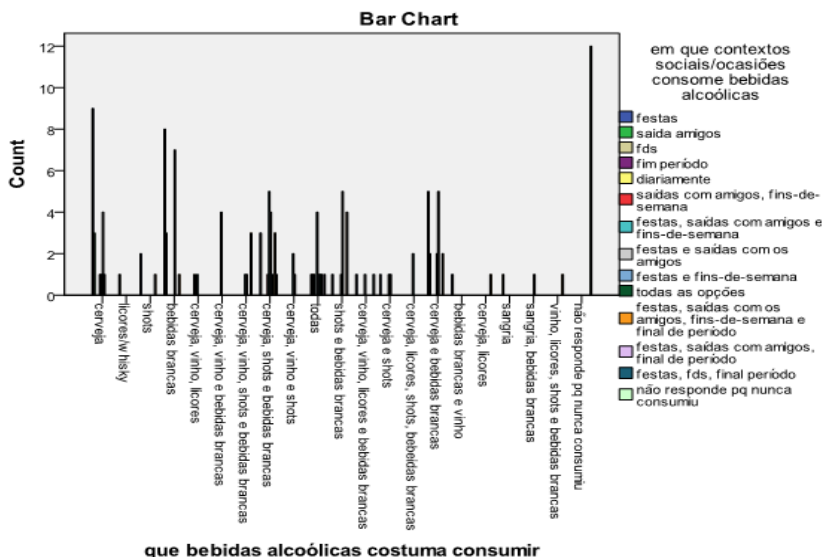


Figura 9 – Associação das variáveis: Contextos em que consome X Que bebidas costuma consumir

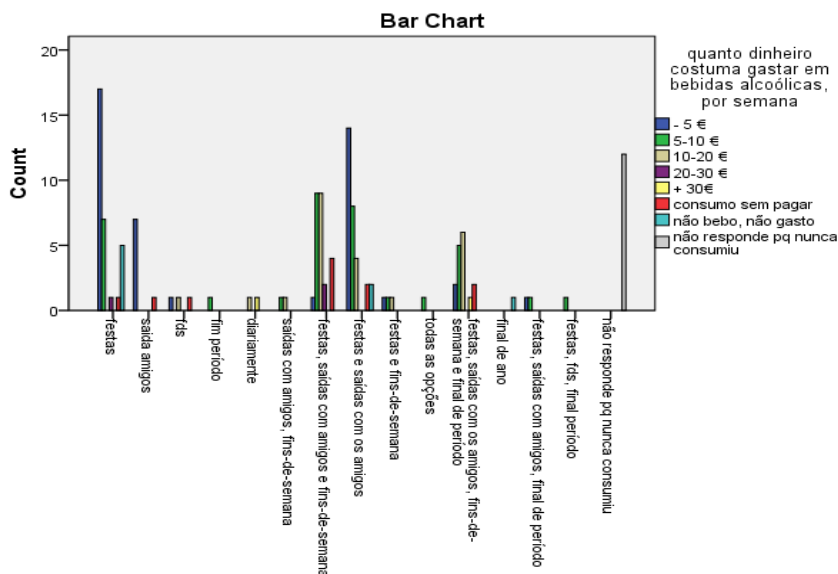


Figura 10 – Associação das variáveis: Contextos em que consome X Quando dinheiro costuma gastar em álcool

Os resultados descritos na Tabela 11 evidenciam uma associação forte e significativa entre as variáveis consideradas, tendo em conta o *p-value*. Nas figuras que se seguem representam-se graficamente os resultados da associação entre as variáveis que constam na Tabela 11.

Tabela 11 – Análise da intensidade e sentido da associação entre variáveis

Variáveis	N.º de casos Válidos	Cramer's V Value	Approx. Sig.
Que bebidas costuma consumir X Em que parte do dia costuma consumir	137	0,585	,000*
Que bebidas costuma consumir X Quanto dinheiro costuma gastar em bebidas alcoólicas, por semana	138	0,660	,000*

* *p-value* é inferior aos usuais níveis de significância (0,05; 0,01; 0,1)

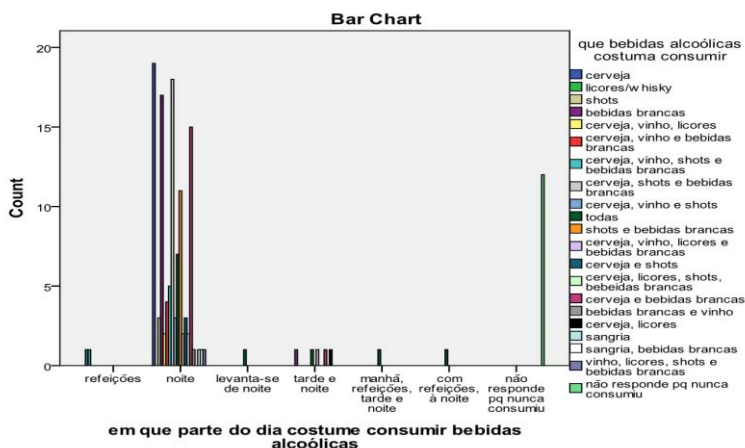


Figura 11 – Associação das variáveis: Que bebidas costuma consumir X Em que parte do dia costuma consumir

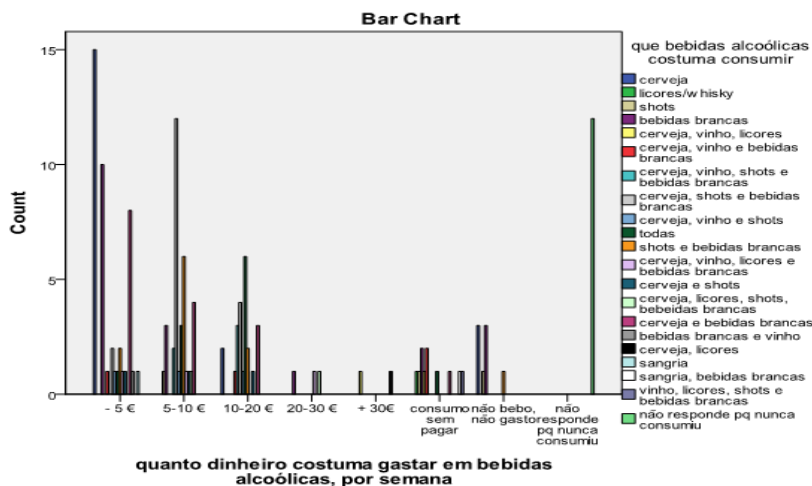


Figura 12 – Associação das variáveis: Que bebidas alcoólicas costuma consumir X Quando dinheiro costuma gastar em álcool

Tendo em conta os dados dos gráficos anteriores, os alunos consomem essencialmente cerveja, bebidas brancas e shots, preferencialmente à noite, gastando menos de 5 € ou entre 5 e 10 €.

4. CONCLUSÃO

Com este estudo, podemos concluir que os alunos tendem a iniciar o consumo de bebidas alcoólicas por volta dos 13 anos, o que está de acordo com vários estudos anteriores (Feijão & Lavado, 2003; ESPAD, 2003; ESPAD, 2007; Matos, Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2010; Feijão, Lavado & Calado, 2011). Estes consumos ocorrem preferencialmente em festas, saídas com amigos e fins de semana, à noite, o que também é corroborado por várias pesquisas (Feijão & Lavado, 2003; ESPAD, 2003; ESPAD, 2007; Matos, Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2010). A maior parte dos alunos consumiu a última bebida alcoólica entre uma semana e um mês ou na última semana e preferem consumir cerveja, bebidas brancas e shots, gastando menos de 5 € ou entre 5 e 10 €, resultados que confirmam alguns estudos (Feijão & Lavado, 2003; ESPAD, 2003; ESPAD, 2007; Matos, Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2010; Feijão, Lavado & Calado, 2011).

Da análise dos resultados do autoteste *AUDIT*, conclui-se que não há alunos em situação de dependência alcoólica e que os seus consumos são predominantemente de baixo risco, o que está de acordo com os estudos de Feijão, Lavado e Calado (2011), que referem que os consumos abusivos ocorrem entre os 16 e os 18 anos.

Sabemos que é necessário mudar comportamentos e promover hábitos de vida saudáveis e a escola pode ser um local privilegiado para tal. Torna-se imperioso desenvolver nos alunos competências sociais que lhes permitam resistir à pressão do(s) grupo/pares, promovendo a assertividade, a capacidade de dizer não, a sua autonomia e a capacidade de resolver problemas. É importante promover um comportamento crítico, com vista à clarificação de valores e estabelecendo norma e limites que devem ser respeitados.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). AUDIT. The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care (2nd ed.). s.l.: World Health Organization.
- (2) ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Drugs (2007). Substance use among students in 35 european countries. Obtido em 6 de setembro, de http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf.
- (3) Feijão, F., & Lavado, E. (2003). Os adolescentes e o álcool: Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e droga. Obtido em 22 de setembro de 2010, de http://www.idt.pt/media/relatorios/investigacao/ECATD/ecatd_Alcool.pdf.
- (4) Feijão, F., & Lavado, E. (2004). ESPAD/2003 – Portugal. Que evolução de 1999 para 2003? Resultados preliminares. Lisboa: IDT – Observatório de Droga e Toxicodependência. Consultado em 22 de setembro de 2010, em http://www.idt.pt/media/relatorios/investigacao/ESPAD_2003.pdf.
- (5) Feijão, F. (2010). Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas. *Toxicodependências*, 16(1), 29-46.
- (6) Feijão, F., Lavado, E., & Calado, V. (2011). Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas. Lisboa: IDT – Observatório de Droga e Toxicodependência. Consultado em 23 de novembro de 2011, em <http://www.idt.pt/PT/ComunicacaoSocial/ComunicadosImprensa/Paginas/ComunicadoDeImprensaApresentacaodeResultados.aspx>
- (7) Gameiro, A. (1998). Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas em Portugal. s.l.: Editorial Hospitalidade.
- (8) INSA – Inquérito Nacional de Saúde (2006). Inquéritos nacionais de saúde. Obtido em 27 de agosto de 2010, de http://www.onsa.pt/conteu/proj_ins.html.
- (9) Lomba, L., Apóstolo, J., Mendes, F., & Campos, D. C. (2011). Jovens portugueses que frequentam ambientes recreativos noturnos. Quem são e comportamentos que adotam. *Toxicodependências*, 17(1), 3-15.
- (10) Maroco, J. (2010). Análise estatística com utilização do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo.
- (11) Matos, M. G., & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde (2010). A saúde dos adolescentes portugueses: relatório do estudo HBSC. Lisboa: Edições FMH.

LEGISLAÇÃO

Decreto-Lei nº 9/2002, de 24 de janeiro.

PERCEÇÃO DO ADOLESCENTE SOBRE O HÁBITO DE FUMAR

ADOLESCENT PERCEPTION ABOUT SMOKING

Leandra Fernandes¹, Anabela Pereira¹, Catia Almeida²

¹ Universidade de Aveiro. leandrafernandes@ua.pt; anabelapereira@ua.pt

² Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. caty.alexandra@gmail.com

RESUMO

Compreendendo a gravidade do comportamento tabágico e o elevado número de jovens a iniciar o hábito de fumar, faz-se necessário compreender as percepções que recaem sobre os jovens. Neste sentido, o presente artigo pretende dar a conhecer os resultados de uma investigação-ação cujo objetivo visa conhecer as percepções dos adolescentes sobre o tabaco e o hábito de fumar, bem como proporcionar um momento ativo de formação/informação sobre as características e prejudicialidade do consumo do tabaco. A amostra foi composta por 460 alunos de duas escolas do ensino básico e secundário divididos entre perímetro urbano e rural. Foi utilizado o questionário “Não Fumar” (Vitória, 2000) e os dados foram recolhidos por meio de palestras desenvolvidas nas escolas. Os resultados apontam para a necessidade de mais informação e formação assertiva sobre o tabagismo, sobretudo no meio rural, com uma preocupação maior aos adolescentes do sexo masculino visto que apresentaram \ mais desadequadas. A análise dos dados foi feita através do Programa Statistical Package Social Sciences (SPSS), versão 16. São referidas intervenções mais profundas nas escolas a fim de garantir uma prevenção primária mais efetiva do tabaco entre os jovens.

Palavras-Chave: *percepção, hábito tabágico, adolescente, prevenção primária*

ABSTRACT

Understanding the gravity of smoking behavior and the high number of young people to start smoking, it is necessary to understand the perceptions that fall on the young. In this sense, this research aimed to understand the perceptions of adolescents about cigarettes and smoking as well as providing an asset when training / information about the characteristics and harms of tobacco use. The sample comprised 460 students of primary and secondary split between the urban and rural. We used the questionnaire "No Smoking" (Victoria, 2000) and data were collected through lectures in schools developed. The results point to the need for more information and training assertive about smoking, especially in rural areas, with greater concern for adolescent males who had seen more inappropriate perceptions. Data analysis was performed using the Statistical Package Social Sciences (SPSS) version 17. Referred to deeper interventions in schools to ensure a more effective primary prevention of tobacco use among young people.

Keywords: *perception, smoking, adolescents, primary prevention*

1. INTRODUÇÃO

Uma das importantes aquisições da adolescência é o comportamento social que vai possibilitando a introdução do jovem na vida adulta e consequentemente na sociedade. Este comportamento é marcado pelo julgamento social e evidencia a qualidade geral da performance do indivíduo numa determinada situação (Silvares, 1999). Neste sentido, compreendemos que o comportamento antissocial é uma “falha” nas competências sociais do indivíduo (Taborda Simões, 2002; Taborda Simões, Formosinho & Fonseca, 2000; Fernandes, 2003). Na sociedade ocidental contemporânea, é vulgar associar-se ao conceito de adolescência todo um conjunto de comportamentos problemáticos e desviantes relacionados com o consumo de drogas e álcool, a anorexia e bulimia, vandalismo, violência, gravidez prematura, depressão, suicídio, entre outros (Taborda Simões, 2002).

Os adolescentes possuem uma característica própria de busca da autoafirmação, de um bem-estar imediato, de se ser e se sentir jovem com toda a alegria e irreverência próprias do idealismo crítico dos jovens. Nossos jovens, ou adolescentes, apesar de toda a carga teórica relativa às características de transformação bio-psico-sociais (Claes, 1995; Collins & Sprinthall, 1994), e mudança por que passam nesta fase, têm atualmente que vencer outros obstáculos, como o de viver numa sociedade consumista, individualista, problemática, pouco ligada às questões humanas, invadida por ambientes sociais permissivos à iniciação de condutas desapropriadas à sua idade, como o consumo de drogas, álcool, entre outros (Fernandes, 2003).

É do conhecimento público que o consumo do tabaco é um dos principais problemas de Saúde Pública (WHO, 2011), sendo atualmente, causa de um alto índice de morbidade e mortalidade prematura, devido aos efeitos nocivos do fumo do cigarro no organismo humano, à elevada prevalência do tabagismo e à dificuldade de ultrapassar a dependência da nicotina, o que demonstra quer no âmbito biológico, quer no psicológico e social, que o tabagismo é uma questão complexa e muito grave (Silva, 1992-2000), principalmente quando se constata que este comportamento é a principal causa evitável de doença e morte nos países desenvolvidos. As recomendações que têm sido feitas sobre o tabagismo, quer pela Organização Mundial de Saúde (OMS), quer pelas Assembleias Mundiais sobre o Tabagismo, o Conselho de Prevenção do Tabagismo (CPT) e o Ministério da Saúde neste domínio, salientam o crescente aumento do consumo do tabaco entre os jovens em idade escolar (5% dos jovens são fumadores). Estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que mais de 60% dos jovens com 15 anos de idade já experimentaram o tabaco e “quase um terço de todos os jovens são fumadores antes dos 18 anos”.

O início cada vez mais prematuro deste consumo – entre os 12 e os 15 anos – e a forte dependência provocada pelo consumo diário do tabaco, que segundo a OMS é similar à do álcool e da heroína, remetem para a importância e urgência de medidas e intervenções mais eficazes na área da prevenção primária, bem como para a implementação da Desabituacão Tabágica entre os jovens, principalmente no meio escolar (ESFile, 1999). Há estudos (Vitoria, 1999) que afirmam que por detrás deste comportamento aditivo estão subjacentes outros problemas dos adolescentes ligados à baixa autoestima, à autoimagem, à necessidade de afirmação social e à inserção num grupo, bem como ao baixo rendimento escolar e às dificuldades em superar pequenos conflitos internos e externos, intrínsecos a este período do desenvolvimento humano (Lacerda, 2001 & Muss, 1994). A adolescência é uma fase de conflitos internos e externos, em que as atitudes e os comportamentos são marcados pela constante busca de algo novo que possa afirmar o jovem como um adulto na sociedade (Flerming, 1993).

O consumo de tabaco tem um contributo muito prejudicial para a saúde, porém, causa um maior dano quando se inicia durante a adolescência. Quanto mais cedo se dá a iniciação ao tabagismo, mais prematuro são as complicações provenientes do vício se manifestam e maiores serão também, as desvantagens em termos de produtividade perdida e mais reduzida duração da vida.

A maioria dos adolescentes inicia o hábito de fumar por pensarem que tal ato os fará parecer “adultos”, para imitar alguém que admiram e muitos fumam para se associar aos amigos e a um determinado grupo. A continuação deste hábito faz-se porque gostam da sensação de relaxamento que o tabaco oferece, porque alimentam a sensação do desafio e da aparência adulta que inconscientemente interiorizam, adquirindo, assim, a dependência tabágica. Os que se tornam fumadores habituais, normalmente seguem um processo lento, durante o qual percorrem algumas etapas, podendo optar pelo abandono do comportamento.

Evidenciando alguns estudos, o CPT, sugere a existência de quatro fases no processo de transformação de um indivíduo em fumador:

- Fase de Preparação: que vai desde o nascimento ao início da adolescência, onde o indivíduo, através do processo de socialização primária - meio familiar - e secundária – escola, amigos e “media” - recebe a influência dos pais, quer sejam fumadores ou não, da sociedade em geral e dos meios de comunicação, interiorizando desde a mais tenra idade as cognições acerca do hábito de fumar;
- Fase de Iniciação e Experimentação: dá-se dos sete aos catorze anos, onde, completamente inserido no processo de socialização secundária, se deixa influenciar pela curiosidade natural da idade, pelo uso do tabaco por amigos ou familiares, pela necessidade de se sentir aceite pelo grupo, pela influência dos “media” e pela facilidade em adquirir os cigarros;
- Fase de Aquisição do Hábito: ocorre na adolescência a partir do reforço do hábito através de “experiências fisicamente, psicologicamente e socialmente positivas do uso do tabaco”. As convicções de que o tabaco acalma, dá confiança, controla o peso e melhora a imagem de si, a aceitação dos riscos para a saúde, bem como da manutenção do hábito junto dos amigos e a acessibilidade e preço dos cigarros, favorecem a manutenção do jovem nesta fase até adquirir a dependência;
- Fase de Manutenção do Hábito e Dependência segue pela idade adulta, devido à dependência à nicotina e às cognições descritas na fase anterior (Vitória, 2000, p. 22).

O conhecimento das fases pelas quais o indivíduo passa até se tornar fumador constitui um auxílio indispensável permitindo uma reflexão sobre as múltiplas estratégias e oportunidades que se devem desenvolver, desde a mais tenra idade, no sentido de preparar o indivíduo para dizer não à iniciação do hábito tabágico.

Na maioria dos países, a percentagem de jovens que se iniciam no hábito tabágico vai aumentando, sobretudo nos países desenvolvidos. Há dados que indicam que o número de jovens fumadores é maior quanto menor o nível socioeconómico. A exceção faz-se sentir em Portugal, onde os dados apontam para o aumento na frequência do hábito tabágico, mediante a melhoria do nível socioeconómico. Estes dados evidenciam a necessidade de se refletir sobre os motivos desta realidade em Portugal.

Estudos realizados pela OMS (WHO, 2011), em onze países e divulgados pelo CPT, concluíram que os jovens que apresentam desinteresse pela escola e, consequentemente, baixo rendimento escolar têm maiores probabilidades de se tornar fumadores e de ter comportamentos de delinquência na escola (Vitória, 2000). Nesse sentido, o acompanhamento de cada aluno e a discussão, em conjunto, dos seus problemas é um grande passo para a preparação de um cidadão consciente. Esta interação

vai depender muito da forma como os pais se envolvem no processo escolar do filho, de como o professor se relaciona com os seus estudantes e de como a comunidade e o governo combatem os problemas sociais e educacionais.

É nosso desafio e de todos os envolvidos na educação propiciar aos jovens condições para que ele diga, conscientemente, SIM a uma vida saudável. Essa tomada de decisão é algo que pode ser treinado, exercitado e aprendido. Trabalhar e incentivar essa aprendizagem são parte integrante da responsabilidade da escola e da família. Os programas de prevenção primária poderão atingir, com maior sucesso, os seus principais objetivos, à medida que os conhecimentos psicológicos de diferentes áreas forem progredindo e se tornar possível a sua organização à volta desses objetivos (Silva, 2000).

Neste sentido, e para concretizar a importância e urgência da relação entre a saúde e a educação, o Ministério da Educação, criou, com base no Despacho n.º 15 587/99 (2.ª série), a “Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde” que possui, como pontos principais, a promoção da saúde global da população escolar, de recursos, da qualidade e alargamento das “Redes Nacionais de Escolas Promotoras da Saúde” (RNEPS), a coordenação e parceria entre as estruturas da educação e da saúde. A RNEPS é constituída por “todas as escolas que desenvolvam um processo de promoção da saúde através da parceria formalizada com o centro de saúde e mediante contrato com a coordenação das RNEPS” (Despacho conjunto n.º 734/2000).

Conforme descreve Antonovisky in Pereira (2001, p. 37), “Escolas Promotoras de Saúde é aquela que se evidencia pela forma como se organiza, funciona e que se encontra a caminhar de uma forma inovadora, em direção ao sucesso educativo dos alunos que a frequentam, o que significa que se preocupa com a potenciação do sentido da coerência de todos os que nela vivem”.

A Legislação consagra a ligação entre o Ministério da Educação e o da Saúde, o que facilita muito o trabalho, neste caso, dos psicólogos escolares, que, por ter sob os seus cuidados problemas tão complexos ligados aos jovens – sexualidade irresponsável, drogas, álcool, entre outros - têm que ter um suporte fora da escola que possa enriquecer e alargar a sua intervenção. É este tipo de intervenção que entendemos ser primordial existir na escola, por meio, sobretudo do psicólogo escolar, responsável pelo apoio às questões comportamentais tanto mais que, de acordo com resultados de alguns estudos (Garcia-Vera, 1998) no âmbito tabágico, a simples informação, através de folhetos informativos e advertências dadas pelos médicos de família, ou outros profissionais ligados à saúde, diminuem em 10% o número de fumadores.

Um dos objetivos das Escolas promotoras de saúde consiste em implementar as linhas estratégicas de intervenção em cinco dimensões: ecológica, psicossocial, comunitária, curricular e organizacional (Pereira, 2001). Neste sentido, a prevenção primária só poderá ser bem-sucedida se forem tidas em consideração as referidas dimensões (Pereira, 2001). A OMS (WHO, 2011) tem defendido a importância de se impor medidas reforçadas de vigilância, controlo e prevenção, incluindo novas abordagens, mais criativas, convincentes e sofisticadas, no domínio dos programas de educação para a saúde, junto das crianças e jovens, com início nas famílias e nas escolas. No que se refere especialmente ao tabagismo, salienta ainda a necessidade de estes métodos serem acompanhados de “intervenção ativas” como o cumprimento de medidas legais de proibição de fumar em locais públicos, principalmente escolas e hospitais, da venda de tabaco perto de escolas e em máquinas, facilitando o acesso aos jovens, bem como medidas governamentais não ambíguas.

As medidas de controlo do tabagismo passam pela legislação e regulamentação do mercado, pela contestação e responsabilização dos produtos pelos efeitos causados, pela instituição de ambientes

livres de fumo, pela maior implementação e apoio à desabituação tabágica e, naturalmente, pela educação, informação ao público e mobilização da opinião pública.

O CPT (Vitória, 2000), no âmbito da prevenção, salienta a necessidade das campanhas estarem mais voltadas para os jovens e mulheres como grupo particularmente vulnerável, pois é nestes grupos que o aumento do consumo se tem feito sentir em grande escala. Porém, aquilo a que ainda assistimos são campanhas e projetos de prevenção junto dos jovens, que, em nosso entender, parecem ainda não abranger a verdadeira dimensão humana do problema que, quanto a nós, urge denunciar e integrar para um real e efetivo combate ao tabagismo. Tendo em conta esta realidade os programas de intervenção nas escolas têm sido largamente utilizados, quer em nível do ensino secundário (Monte-Arroio et al, 2000), quer no nível do ensino universitário (Pereira, 1991; 1997; 1998; Pereira & Willians, 2001), onde solicitam uma intervenção mais frequente, ativa e dinâmica junto aos jovens.

Com base nesta problemática e solicitação cada vez mais urgente de intervenção preventiva junto aos jovens, foi proposta a realização de uma investigação-ação que pretende conhecer: quais as crenças e perceções dos jovens sobre o cigarro, o hábito de fumar e o que leva muitos jovens à iniciação tabágica; desmistificar algumas destas crenças e perceções erróneas criadas envoltas do hábito de fumar e do cigarro; munir os jovens, sobretudo os que ainda não fumam, de informações e argumentos plausíveis para resistirem às ofertas de cigarro e se manterem não fumadores; responsabilizar os jovens pela sua saúde e bem-estar pessoal e sensibilizá-lo para a problemática tabágica, desenvolvendo assim a responsabilização do jovem pelo seu sucesso ou insucesso pessoal.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1.AMOSTRA

A presente investigação-ação envolveu um total de 460 alunos distribuídos em duas Escolas do Ensino Básico e Secundário da região centro de Portugal. A amostra foi constituída por 296 alunos da Escola (E1) pertencente ao meio rural (50% sexo masculino e 50% sexo feminino), com idades que variaram dos 11 aos 19 anos ($M = 12,7466$ e $s = 1,9932$) e escolaridade abrangida do 5.º ao 11.º ano. Na Escola (E2), inserida no meio urbano, obtivemos 164 alunos (48,2% do sexo masculino e 51,8% do sexo feminino) com idades que variaram entre os 11 e os 19 anos ($M = 12,2317$ e $s = 1,5293$) e escolaridade do 6.º e 10.º ano.

2.2.INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Os instrumentos utilizados se dividiram entre os de cariz pedagógico – slides, folders, adesivos, informativos e cartazes alusivos ao tema – e o de caráter investigativo, sendo ele o Questionário sobre “Não Fumar” (QF) (Vitória, 2000, p.14), composto por 13 afirmações as quais devem ser respondidas: “É Falso”, “Tenho Dúvidas” e “É Verdade”, cujo objetivo é conhecer como o adolescente perceciona o tabaco e o hábito de fumar.

A metodologia proposta para o desenvolvimento das ações de sensibilização, bem como os recursos didáticos necessários, foram previamente definidos e apresentados em uma reunião com as equipas (professores e psicólogo escolar) das escolas envolvidas, as quais organizaram e apoiaram as sessões, preparando todo o espaço com cartazes. Foram realizadas 4 sessões em cada uma das

escolas. O preenchimento do questionário se dava no início de cada sessão e após a recolha era redistribuído de forma aleatória a fim de que ninguém tivesse acesso ao seu próprio questionário e assim pudesse se sentir a vontade em comentar as respostas assinaladas por outro colega. A sessão desenvolveu-se de forma interativa e dinâmica, na medida em que o conteúdo proposto ia sendo explorado por meio de slides e das respostas de cada questão do questionário. Com esta dinâmica foi possível ir percebendo as crenças e percepções dos jovens sobre o cigarro o que nos permitia ir desmistificando-as na medida em que eram introduzidas novas informações sobre os malefícios e as estratégias de venda e de publicidade, bem como destacada a importância de ser um jovem saudável e responsável por si próprio e suas decisões. Ao fim da sessão, os questionários foram sendo recolhidos e eram entregues folders, adesivos, folhetos informativos para todos os alunos.

Os dados foram posteriormente tratados pelo softwar SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 16.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados evidenciam que a maioria (85,8% - E1 e 93% - E2) dos jovens da nossa amostra têm consciência que “Fumar faz mal a saúde” e que também reconhecem (90,0% E1 e 94,5% - E2) que “Estar numa sala cheia de fumo de tabaco é prejudicial à saúde”, evidenciando conhecimentos não só da nocividade de fumar para quem o faz, como para quem está em ambiente de fumo e é um fumador passivo.

Quando questionados sobre se “É fácil para um fumador deixar de fumar”, verificamos que 68,9% na E1 e 72,0% na E2 reconhecem como falsa esta afirmação enquanto os restantes demonstram ter dúvidas (20,6% E1 e 22,6% E2) ou até mesmo acharem que é fácil deixar de fumar (10,5% E1 e 5,5% E2), demonstrando desconhecer assim o potencial de dependência da nicotina desencadeada pelo consumo do cigarro.

Verificamos também que a maioria (78,4% E1 e 85% E2) dos jovens da nossa amostra sabem que “O tabaco é uma droga” e que um número importante de jovens tem dúvida (9,8% E1 e 6,7% E2) ou até acham que o tabaco não é uma droga (11,8% E1 e 7,9% E2), evidenciando ainda algum desconhecimento sobretudo no meio rural sobre o enquadramento do cigarro como uma droga.

Na análise dos resultados da afirmação “Fumar faz as pessoas sentirem-se bem”, verificamos que apesar de em ambas as escolas a maioria (60,8% E1 e 54,9% E2) dos alunos ter respondido de forma correta a esta afirmação, houve um representativo número de alunos que têm dúvida (31,1% E1 e 34,8% E2) ou acreditam que fumar faz as pessoas sentirem-se bem (8,1% E1 e 19,4% E2). Sabemos que esta crença é muitas vezes difundida pelos fumadores, que para justificar a sua dependência, atribuem ao tabaco um fator calmante e emagrecedor, o que de facto não é verdade uma vez que o tabaco é uma droga estimulante e o emagrecimento se dá devido à perda de sensibilidade gustativa o que desencadeia desinteresse pelo alimento.

Relativamente à afirmação “Fumar ajuda a ter amigos”, a maioria (82,8% E1 e 78,0% E2) acredita de forma correta não ser verdadeira esta afirmação, destacaremos somente as maiores discrepâncias observadas na E2 onde 18,3% afirmam ter duvida e na E1 onde 9,5% afirma ser verdade esta afirmação. No item “Fumar está na moda”, as respostas oscilaram muito entre o “É Falso” (44,9% E1 e 39,0% E2), “Tenho Dúvidas” (16,2% E1 e 29,9% E2) e “É Verdade” (38,9% E1 e 31,1%), demonstrando o quanto o ato de fumar na concepção dos jovens é algo socialmente aceite e bem visto pelas pessoas, ao ponto de ser encarado como algo que está na moda.

Verificamos também que a maioria (60,1% E1 e 61% E2) dos jovens da nossa amostra tem uma percepção errónea de que “A maioria dos adultos fuma”. Quanto à afirmação se “A maioria dos meus colegas fuma”, verificou-se que 52,4% E1 e 72,0 % E2 acredita que a maior parte deles não fuma, oscilando entre o tenho dúvida (17,9% E1 e 21,3% E2) e a confirmação (29,7% E1 e 6,7% E2), deixando evidente que na E1 existe mais evidências de que os jovens que fumam o fazem na frente dos colegas.

Por meio deste instrumento também verificamos que a maioria dos jovens inquiridos nesta amostra acredita não serem influenciados pela publicidade (46,3% E1 e 60,4% E2) e que o facto dos colegas ou amigos fumarem não contribui para que eles iniciem a experimentação tabágica (69,3% E1 e 76,8% E2), demonstrando assim que os jovens ignoram o poder do comportamento social e da facilidade que o indivíduo tem em ser influenciado pelos pares.

Também é interessante verificar que nossos jovens acreditam ser fácil dizer “não”, caso um amigo lhes ofereça um cigarro (64,2% E1 e 83,5% E2), sendo esta certeza menos evidente na E1. Quanto ao futuro, apesar da maioria (78,0% E1 e 80,5% E2) dos jovens da nossa amostra terem afirmado que aos 20 anos não seriam hipotéticos fumadores, uma percentagem importante tem dúvidas (18,2% E1 e 18,9% E2), o que é de alguma forma preocupante, pois demonstra que apesar dos esforços feitos pelo governo e instituições específicas para combater o tabagismo, muitos jovens ainda se sentem tentados a consumir e pouco convencidos sobre os reais malefícios provocados pelo consumo do tabaco.

Na análise comparativa dos dados com relação às escolas, verificamos alguns resultados estatisticamente significativos, que nos permite concluir que os alunos da escola do meio rural possuem percepções mais erróneas que os alunos da escola do meio urbano, nomeadamente no que consiste a nocividade do tabaco, quer para a saúde do fumador ($\chi^2 = 5,986$; $p = ,050$), quer para a saúde das pessoas que convivem em ambiente de fumo ($\chi^2 = 9,588$; $p = ,008$). Os jovens do meio rural possuem em maior escala e de forma significativa, a noção de que o ato de fumar pode ajudar a ter amigos ($\chi^2 = 15,236$; $p = ,000$). Quanto à percepção sobre se fumar está na moda, os jovens da escola pertencente ao meio urbano, possuem com significância mais dúvidas ($\chi^2 = 11,959$; $p = ,003$) do que os jovens da escola do meio rural. No que se refere à afirmação que a maioria dos adultos fuma, apesar de em ambas as escolas os jovens acharem que essa afirmação é verdadeira, existem diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 9,305$; $p = ,010$) os jovens que frequentam a escola do meio rural afirmam em menor percentagem ser falsa, quando comparados com os da escola urbana. Tal facto pode estar relacionado com o facto da quantidade de contactos sociais ser menor, o que pode eventualmente explicar uma menor exposição a contextos de adultos fumadores. Verificamos diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 33,463$; $p = ,000$) também na afirmação “A maioria dos meus colegas e amigos/as fuma” onde na escola E1 foi mais evidente na opção “É verdade” e na afirmação “Se os meus amigos me oferecem um cigarro, será fácil dizer “não” verificamos que a diferença significativa reside com mais evidência na E2 de jovens que afirmam ser mais capazes de resistir ao cigarro.

No que diz respeito à análise comparativa entre o sexo, no que concerne a percepção sobre o fumar, encontramos alguns resultados estatisticamente significativos ($\chi^2 = 12,023$; $p = ,002$), onde podemos concluir que as raparigas percecionam de forma correta que fumar faz mal à saúde, ao passo que os rapazes acreditam que de facto fumar não traz malefícios para a saúde. Verificamos também que as raparigas têm, em percentagem significativa ($\chi^2 = 10,074$; $p = ,006$), a percepção de que o tabaco não é uma droga, enquanto os rapazes classificam-na como uma droga. Verificou-se igualmente que maioritariamente: as raparigas consideram que de facto o tabaco não ajuda a fazer amigos ($\chi^2 =$

4,683; $p = ,096$) e que consideram falsa a afirmação de que fumar não está na moda ($\chi^2 = 11,203$; $p = ,004$), enquanto os rapazes consideram, erroneamente, que está na moda fumar e que se sentem mais influenciados pela publicidade do que as raparigas ($\chi^2 = 6,675$; $p = ,036$), apresentando mais dúvida sobre o poder da influência dos amigos para a experimentação tabágica ($\chi^2 = 13,301$; $p = ,001$), enquanto que as raparigas afirmam não serem tão influenciadas.

4. CONCLUSÃO

Os dados deste estudo permitiram-nos conhecer as cognições dos jovens sobre o universo tabágico, para além de ter servido de instrumento motivador no decorrer da palestra de prevenção primária. Quanto às cognições sobre o hábito de fumar podemos concluir que existem percepções erróneas sobre o tabaco e sua prejudicialidade para a saúde do indivíduo, bem como sobre a forma como ele influencia o comportamento do jovem, sendo esta percepção mais distorcida nos rapazes e nos alunos da escola do meio rural, o que vem de encontro à necessidade de uma maior intervenção a nível da Prevenção Tabágica, principalmente neste meio escolar.

Estes resultados evidenciam uma necessidade urgente de intervenções alusivas ao tema junto aos estudantes, a fim de que novas percepções sejam desenvolvidas e provoquem alterações no comportamento do jovem evitando assim a experimentação e a iniciação tabágica nesta faixa etária. A sensibilização dos jovens deve ser uma constante sobre a qual é necessário continuar a investir, uma vez que não basta apenas motivar e sensibilizar, mas sim capacitar os jovens a refletir sobre a problemática tabágica cada vez mais preocupante no nosso país, bem como envolver a comunidade educativa como agente fundamental no processo de mudança de comportamentos.

Em época de profundas transformações, nós, cidadãos e profissionais ligados à educação, não podemos ficar alheios às mudanças que ocorrem na sociedade e que afetam profundamente o modo de ser, de pensar, de sentir e agir das pessoas. Considerando que, atualmente, apesar da globalização dos sistemas e da rapidez nas mudanças da sociedade que interferem na formação dos valores da família e que, consequentemente, influenciam o desenvolvimento das crianças e adolescentes, existe a consciência de que o trabalho pedagógico deve ser realizado no equilíbrio e na harmonia do desenvolvimento de cada ser humano, torna-se imprescindível e urgente que os profissionais da educação repensem a prática pedagógica e promovam a escola como lugar de eleição para as discussões e reflexões sobre questões atuais e pertinentes aos jovens voltados, sobretudo para a busca da qualidade de vida e de uma adolescência saudável.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Claes, M. (1985). Os problemas da Adolescência. Lisboa: Editora Verbo.
- (2) Collins, W. & Sprinthall, N. (1994). Psicologia do Adolescente: uma abordagem desenvolvimentista. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- (3) Conselho de Prevenção do Tabagismo (1999). ESFiles, Jornal do ESFA. Nov. n.º 2.
- (4) Fernandes, L. (2003). Hábitos tabágicos no meio escolar: identificar para atuar. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra (Não publicada).
- (5) Fleming, M. (1993). Adolescência e Autonomia: O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais. Porto: Edições Afrontamento.
- (6) Garcia-Vera, M. P., Caballos, P., Gorospe, M., Sanchez agudo, L. & Fernandez-Alba, A. (1994). Modelo de procedimiento de intervencion para dejar de fumar: tera-pia de

conducta en grupo y reduccion gradual del sustitutivo de nicotina. I Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (Lisboa 1994).

- (7) Lacerda, P. (2001). Tabaco. Convença-os a serem independentes. Adolescentes!, p. 18-22.
- (8) Monte-Arroio, E., Silva, C., Silvério, J., Pereira, A., Alves, J. (2000). Ritmos biológicos em educação: um estudo com uma amostra de 756 estudantes do ensino secundário. Psicologia Teoria e Investigação, 5, 2, p. 301-302.
- (9) Muuss, R. (1994). Adolescent Behavior and Society. Singapore: McGraw-Hill.
- (10) Pereira, A. (1991). Coping, autoconceito e ansiedade social: sua relação com o rendimento escolar. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- (11) Pereira, A., (1997) Helping Students Cope: Peer Counseling in Higher Education. PhD in Psychology, Hull, Universidade de Hull, United Kingdom.
- (12) Pereira, A. (1998). Apoio ao estudante universitário: Peer Counselling (Experiência - piloto) Psychologica, Universidade de Coimbra, 20, p. 113-124.
- (13) Pereira, A. & Williams, D. I. (2001). Stress and coping in helpers on a student "nightline" service. Counselling Psychology Quartely, Vol . 14, n.º 1, p. 43-47.
- (14) Pereira, A. (2001). Para uma melhor compreensão da área da opção: educação para a saúde. Coimbra. Universidade de Coimbra, p. 36-39.
- (15) Silva, V. (1992). Controle do Tabagismo: um desafio. Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: Imprensa Naval.
- (16) Silva, I. (2000). O fim do tabagismo. Uma questão de vontade política, profissional e pessoal. Revista MO & S. Out. 2000 p. 20-22.
- (17) Silves, E.F.M. (1999). Habilidades sociais versus competência infantil: Práticas avaliativas clínicas e de pesquisa. Avances recientes en psicologia clínica y de la salud, I Congresso Iberoamericano de Psicologia Clínica y de la salud, p. 187.
- (18) Taborda Simões, M. (2002). Adolescência: Transição, crise ou mudança? Psychologica, 30, p. 407-429.
- (19) Taborda Simões, M. Formosinho, M. & Fonseca, A. (2000). Efeitos do contexto escolar em crianças e adolescentes: Insucesso e comportamentos antissociais. Revista Portuguesa de Pedagogia, XXXIV – 1, 2 e 3, p. 405-436.
- (20) Vitória, P. (1999). Projeto ESFA – Conselho de Prevenção do Tabagismo. European Smoking Prevention Framework Approach. março, 1999.
- (21) Vitória, P. (2000). “Querer é Poder I” Programa de Prevenção do tabagismo para o 3º Ciclo do Ensino Básico. Manual do Professor. Conselho de Prevenção do Tabagismo.
- (22) WHO Tobacco Free Initiative (2011). Making Cities Smoke-free. World Health Organization. December, 2011.

PREVENÇÃO DO TABAGISMO: APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO "QUERO CRESCER SAUDÁVEL"

SMOKING PREVENTION: IMPLEMENTATION OF THE INTERVENTION PROGRAMME "I WANT TO GROW UP HEALTHY"

Esmeralda Barreira¹ & Milton Madeira²

¹ Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. merbarreira@gmail.com

² Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. madeira@ufp.edu.pt

RESUMO

Fumar é o comportamento de risco para a saúde que persiste como sendo a principal e evitável causa de doença e morte prematura. Tem-se verificado, que o primeiro consumo de tabaco ocorre principalmente na adolescência, com tendência atual para ocorrer em idades cada vez mais precoces. Assim, a formação preventiva sobre o tabagismo deve ser antecipada e multifacetada para promover a qualidade de vida a nível respiratório. A criança desenvolve atitudes e hábitos inicialmente sob a influência dos pais, continuando posteriormente sob a dos amigos e educadores na escola. A escola é assim um local adequado para a prevenção do tabagismo, pelo que se construiu o programa de intervenção "Quero Crescer Saudável" sobre educação para a saúde. Este programa de carácter preventivo e promocional tem como objetivos, educar para a aquisição de hábitos saudáveis, promover a saúde a nível respiratório, e evitar ou retardar o consumo de tabaco. O Design utilizando é do tipo "before-after with control group". O programa foi aplicado de fevereiro a junho de 2008 em sessões semanais de 50 minutos cada. No estudo participaram crianças do 4º ano de escolaridade, tendo o Grupo Experimental 69 crianças e o Controlo 62. Os resultados revelaram a existência de variação estatisticamente significativa no Grupo Experimental, mas não no Grupo Controlo. As dimensões que apresentaram variação significativa foram: atitudes relacionadas com efeitos do tabaco a níveis físico, hábitos de vida saudáveis a nível físico e psicológico e experiências comportamentais relacionadas com tabagismo. Estes dados estão em concordância com outros estudos que demonstram que se os jovens tiverem informação sobre tabagismo, desenvolverem precocemente hábitos saudáveis e competências na área do autoconhecimento para conseguirem lidar com as próprias frustrações e a pressão dos pares, futuramente têm menor propensão para fumar ou pelo menos iniciar este hábito mais tardiamente. Concluindo, os indivíduos que participaram no programa "Quero Crescer Saudável" interiorizaram a informação sobre hábitos de vida saudáveis e sobre efeitos nefastos do tabagismo.

Palavras-chave: tabaco, prevenção; promoção; crianças, intervenção.

ABSTRACT

Smoking is the health risk behavior that persists has the major avoidable cause of disease and premature death. Smoking starts mainly in adolescence but lately shows a trend to start at even younger ages. Thus, preventive action for tobacco consumption should be anticipated, and cover a

multitude of aspects and approaches to promote respiratory quality of life. The child develops attitudes and habits initially under parental influence and latter under the influence of friends and teachers. School is therefore an adequate place for the prevention of tobacco consumption. Accordingly we developed the intervention program “I want to grow healthy” about health education. This preventive and health promoting program aims at educating towards the acquisition of healthy habits promote the respiratory health and avoid or delay tobacco consumption. The program uses a “before-after with control group” design, and was applied from February to June 2008 on weekly 50 minute sessions to children in the 4th year of school. The experimental group included 69 children, and the control group an additional 62 children.

The results showed statistically significant differences in the experimental, but not in the control group in several variables tested: 1) Attitude towards tobacco physical effects; 2) Healthy life habits at physical and psychological level; 3) behavioral experiences related to tobacco consumption.

These results are in accordance with other studies demonstrating that if young people have access to tobacco consumption related information and develop at early ages healthy habits and auto-knowledge competences allowing them to deal with frustration and peer-pressure, they will have lower tendency to smoke or at least will show a latter smoke onset. In conclusion, the individuals participating in the study “I want to grow healthy” have acquired information about healthy life habits and the deleterious effects of smoking.

Keywords: tobacco, prevention, promotion, intervention.

1. INTRODUÇÃO

Ao desenvolver projetos de intervenção em Educação para a Saúde é necessário refletir sobre as características da sociedade atual pois ela condiciona a pessoa e a sua saúde. Este facto levou ao desenvolvimento de conhecimentos na área da promoção da saúde e da prevenção do tabagismo.

1.1. A Escola na promoção da Saúde e dos Fatores de Vida Saudável

A preocupação com a saúde e a doença é uma prioridade em vários domínios, levando a que a saúde seja vista como um património coletivo que é necessário proteger e também um dever de cada pessoa quer em relação a si própria quer em relação à sociedade.

A sociedade atual é sinónimo de mudança com transformações sociais que exigem estratégias educacionais para uma contínua adaptação a novas formas de vida. Esta mudança proporciona novos desafios para a promoção em saúde (Quesada, 2009).

A saúde está relacionada, com contextos culturais, sociais, individuais, espirituais, com crenças e valores relacionados com a vida, com o sofrimento e a morte (Silva, 2008; Egger, 2005; Rodrigues, 2005). Esta abrangência de dimensões dificulta a sua definição, podendo esta variar de indivíduo para indivíduo (Silva, 2008).

Rice (2000), tem uma perspetiva mais global e generalista, definindo saúde como tudo o que a pessoa é e quer ser. Todas as abordagens de saúde estão relacionadas com a qualidade de vida da pessoa, sendo este o centro das políticas educacionais a nível da saúde, e o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal (WHO, 2004).

A saúde é influenciada por fatores gerais como a política e a cultura, por fatores comportamentais que conduzem a estilos de vida, fatores genéticos e biomédicos e também por fatores ambientais

(Egger, 2005, Quesada, 2009). Destes fatores podem ser estáveis os genéticos e biomédicos, como a idade, o sexo, e a hereditariedade, ou modificáveis como os relacionados com o meio ambiente e os hábitos individuais. Todos os fatores têm significativa relevância para a prevenção de doenças e a promoção da saúde; no entanto, os fatores comportamentais são os que podem ser mais facilmente controláveis pelo indivíduo.

Os comportamentos que influenciam significativamente o estado de saúde das pessoas, não apenas no sentido da origem ou recuperação de processos de doença mas também no evitar a morte prematura são: o padrão de sono, a alimentação equilibrada, a atividade física regular, o consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo (Berkman e Breslow, 1993, *cit. in* Ribeiro, 1998; Egger, 2005; Marques, 2010) e o não saber gerir situações de stresse (Sanz, 2009).

As doenças crônicas tal como o cancro e as doenças cardiovasculares dos países desenvolvidos estão relacionadas com vários destes fatores de risco. Associam-se assim os estilos de vida pouco saudáveis a 40% das disfunções das sociedades desenvolvidas (Quesada, 2009). Estes determinantes da saúde relacionados com os comportamentos têm de ser promovidos num processo contínuo de desenvolvimento de competências (Rodrigues, 2005).

A Organização Mundial de Saúde em 1995 baseada na carta de Ottawa (1986) e na declaração de Jacarta (1997) sobre a promoção da saúde e através do *Comité Recommendation on Comprehensive School Health Education and Promotion* (1995), propõe uma iniciativa global de Escola Promotora de Saúde com políticas de bem-estar que proporcionem um ambiente favorável à saúde. Estas iniciativas devem envolver toda a comunidade escolar, as famílias, e incluir a colaboração de especialistas e outras organizações da sociedade. A escola como promotora da saúde, necessita desenvolver programas que promovam: o desenvolvimento de competências para cuidar do próprio e dos outros; o ser capaz de tomar decisões saudáveis nas diversas circunstâncias da vida; o conhecimento da prevenção de doenças; e o influenciar de conhecimentos, crenças, atitudes, capacidades, valores e comportamentos relacionados com a saúde (WHO, 2010).

A escola constitui um espaço privilegiado para a construção e transmissão de conhecimentos, sendo um espaço de socialização do saber, já que é um espaço onde o aluno passa uma grande parte do dia. A Unesco designa a escola como o local mais adequado para desenvolver ações preventivas, porque abrange uma grande parte da população.

A escola não é só um local onde se aprendem conceitos cognitivos, ela serve também para fazer a aprendizagem dos comportamentos sociais, afetivos e atitudinais, estando a contribuir para um desenvolvimento integral da pessoa. É na infância e na adolescência que se adquirem as bases do comportamento em geral, sendo uma oportunidade atempada para adquirir também hábitos de saúde (Quesada, 2009; Fernandes, 2008; Pardal, 1990). A criança por estar num processo ativo de aprendizagem, começa mais cedo a criar hábitos e a desenvolver os conhecimentos.

As intervenções educacionais de promoção da saúde, ajudam a criança a desenvolver atitudes saudáveis, e capacita-a para ser promotora de hábitos saudáveis junto dos adultos (Precioso, 2001). Este desenvolvimento das capacidades implica um assumir de responsabilidades que evoluem ao longo das diferentes fases da vida, mas exige hábitos de vida saudáveis para atingir qualidade de vida.

A criança, com a evolução da idade vai-se desenvolvendo, num contínuo, estando a formação das atitudes e dos hábitos associados ao processo de socialização. Inicia-se na infância, sob influência dos pais, continuando posteriormente com os amigos e com os educadores na escola (Piaget, 1995). Durante esta socialização a criança aprende o que é correto e incorreto, através da interiorização de regras (Vigostky, 2003; Moll, 2002). Nas crianças, a interiorização inicia-se precocemente, no

entanto o respeito pelo seu cumprimento começa entre os 7 e 9 anos (Piaget, 1932 *cit in* Biaggio, 2005). É com o aumento de conhecimentos e com a aprendizagem direta (Bandura, 1969) sobre regras e valores que a criança desenvolve os hábitos de conduta (Padilla, 1995).

1.2. Prevenção do Tabagismo

A importância e o papel da exposição tabágica ambiental para a morbilidade têm sido documentados por diversos autores (Beconã *et al.*, 2000; Pargana, 2000; Matias, 2006; Precioso, 2008). Segundo a Organização Mundial de Saúde o consumo do tabaco é a epidemia que mais ameaça a saúde pública. A mortalidade provocada pelo tabaco deve aumentar na proporção de 1 para 3 nos próximos vinte anos (WHO, 2003). Cerca de um terço da população mundial com mais de 15 anos consome tabaco. Nos países desenvolvidos 20 a 40% das mulheres e 30 a 40% dos homens fuma, e nos países em desenvolvimento estes valores são de 2 a 10% nas mulheres e 40 a 60% nos homens (WHO, 2009).

Em Portugal o consumo de tabaco não mostra sinais de abandono nos últimos anos (Araújo, 2009; Precioso, 2008). A população fumadora com 10 ou mais anos de idade em 2005/2006 situava-se nos 19,66%. Verifica-se que o consumo de tabaco na população masculina, é de 28,7%, e na população feminina de 11,2%. Em termos etários em 2005 a proporção mais elevada de fumadores encontrava-se entre os 35 e 44 anos (32,7%), sendo também de salientar a proporção entre os 15 e os 24 anos que era de 24,2% (INE, 2007).

Apesar das restrições que a lei nº 37/2007 trouxe ao consumo do tabaco em locais públicos, este consumo tem-se mantido como uma ameaça à saúde respiratória (ONDR, 2009). Observou-se que na Europa 26% das pessoas não fumadoras são fumadores passivos em casa, enquanto em Portugal esta percentagem é de 20% (Eurobarometer, 2010).

O hábito de fumar inicia-se principalmente na adolescência (Altet *et al.*, 2000) entre os 12 e os 15 anos, sendo a imagem social e o fumar entre amigos, na cumplicidade adolescente, as principais causas para o fumar, citadas por crianças de 11 anos (Stanton, 1993). Em Portugal, nos adolescentes, a epidemia do tabaco está a aumentar (INE, 2007; Precioso, 2008) e existe uma tendência para que o primeiro consumo se verifique em idades cada vez mais precoces (Barrueco *et al.*, 1998, Becoña e Vázquez, 1998; Martínez, 2004). Tal parece dever-se à procura do adolescente da sua identidade própria afirmando a sua imagem no seu espaço individual e de grupo, o que ocorre cada vez mais cedo (Díaz *et al.*, 1998). O consumo de tabaco está também relacionado com a sua permissividade social (Ochoa 1990; Barreira, 2007), assim como o seu fácil acesso (Llamas, 1982). Este último autor refere ainda que os filhos de pais fumadores têm o dobro de probabilidade de fumar, tal como os pares fumadores influenciam o início precoce do consumo do tabaco.

Sabendo-se que é bem mais fácil prevenir o tabagismo do que conseguir que os fumadores deixem de fumar, parece ser evidente que o controlo do tabagismo deve incluir, não só o facilitar o abandono nos adultos, mas também a dissuasão dos jovens e adolescentes para o início do consumo (Altet *et al.*, 2000), numa ação preventiva precoce.

Atualmente nas escolas há uma grande preocupação com a prevenção de drogas, sejam elas lícitas (como o caso do consumo do tabaco) ou ilícitas. No entanto, sabe-se que os jovens adolescentes possuem muitas vezes estrutura emocional com predisposições favoráveis para desenvolver uma dependência. Algumas características da fase da adolescência deixam-nos surdos aos programas de prevenção. O adolescente considera que está imune a todos os perigos existentes, pois possui uma postura onipotente. Para os jovens, os perigos reais parecem ser uma inovação dos pais e

educadores para tornar a vida menos divertida. O adolescente sente-se preso ao presente como se não houvesse passado nem futuro. Perante esta problemática, a prevenção deve iniciar-se cada vez mais cedo para prevenir o desenvolvimento de hábitos prejudiciais (Martínez, 2004). Assim, o combate ao tabagismo deve ter como alvo uma faixa etária cada vez mais alargada e mais precoce, e antes portanto da adolescência (Altet *et al.*, 2000). Normalmente as campanhas educacionais que informam sobre os perigos dos comportamentos não saudáveis são ineficazes para alterar hábitos. Torna-se pois necessário introduzir mudanças profundas na forma de conceber e organizar uma intervenção precoce na área da saúde, dando ênfase especial não só à prevenção como à promoção da saúde como complemento da intervenção curativa posterior. Com a promoção da saúde na área do tabagismo pretende-se implementar precocemente hábitos comportamentais que estimulem a não fumar e que visem, ao mesmo tempo, o bem-estar do indivíduo.

Cubero (1995) salienta que a escola, com os programas estruturados e até mesmo com a formação não formal, é a instituição social que tem maiores repercussões nos processos de socialização da criança. A escola tem o papel de preparar a vários níveis as crianças para os desafios futuros (Moreira, 2001) procurando com intervenções preventivas e promocionais reduzir fatores de risco e desenvolver fatores protetores (Becoña, 2000). As crianças, devem ser motivadas a desenvolver competências que promovam comportamentos saudáveis e futuramente resistam à pressão social. Assim, para efetuar a prevenção do tabagismo, esta deve ser estruturada de modo a efetuar sobretudo uma promoção de hábitos de vida saudáveis, e para isso, propõe-se a elaboração de um programa pedagógico de intervenção precoce, com uma abordagem multifacetada sobre o tabaco (Servais, 1993).

2. MATERIAL E MÉTODOS

Perante a problemática do tabagismo e das contribuições da educação para a saúde e da promoção da saúde, definiu-se como objetivo geral desta investigação, educar e promover hábitos de vida saudáveis, livres de tabaco, em crianças do 4º ano de escolaridade. Assim como objetivos vinculados a esta intervenção precoce, pretendeu-se especificamente conceber e construir o programa de intervenção, intitulado "*Quero Crescer Saudável*" sobre o educar e promover hábitos de vida livres de tabaco em crianças do 4º ano, e implementar o programa e avaliar os seus efeitos.

O programa de intervenção "*Quero Crescer Saudável*", foi aplicado a uma amostra constituída por 3 turmas do 4º ano de escolaridade. Recorreu-se a uma amostragem por conveniência, estruturada de forma a permitir a correta comparação entre os grupos em estudo. A amostra ficou constituída por 131 indivíduos, divididos pelos dois grupos em estudo, com 69 crianças no Grupo Experimental e 62 no Grupo Controlo sem diferença significativa ($p = 0,541$) no tamanho. O programa foi aplicado de fevereiro a junho de 2008 em sessões semanais de 50 minutos cada. O impacto do programa "*Quero Crescer Saudável*" foi avaliado utilizando um *Design* do tipo "*before-after with control group*" isto é, foi aplicado o questionário "Hábitos Saudáveis" antes (Pré-teste) e depois (Pós-teste) da implementação do programa ao Grupo Experimental, e a um Grupo Controlo, da mesma dimensão, idade e escolaridade. A partir do questionário procedeu-se à construção de dimensões latentes, através do coeficiente de Kuder e Richardson. As dimensões extraídas foram: Projeção do Futuro, Tomada de Decisão, Efeitos Físicos do Tabaco, Efeitos Psicossociais do Tabaco, Hábitos de Vida Saudável a Nível Físico, Hábitos de Vida Saudável a Nível Psicológico, Atitudes de Autoconhecimento e Experiências Comportamentais. Para a análise de resultados, recorreu-se a teste de comparação

não paramétrico para amostras independentes (teste *U* de Mann-Whitney, para análise intergrupos) e teste não paramétrico para amostras dependentes (teste *t* de Wilcoxon, para análise intragrupo).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra relativamente ao Género era composta por 68 (51,9%) rapazes e 63 (48,1%) raparigas. O Grupo Experimental incluiu 36 (52,2%) rapazes e 33 (47,8%) raparigas. Do Grupo de Controlo fizeram parte 32 (51,6%) rapazes e 30 (48,4%) raparigas.

Na distribuição dos Hábitos Tabágicos dos familiares dos participantes, verificou-se que a maior parte não fuma ($n = 71$; 54,2%). No Grupo de Controlo existem menos mães a fumar ($n = 3$; 4,8%) que no Grupo Experimental ($n=10$; 14,5%), sendo esta diferença significativa segundo o teste qui-quadrado ($p < 0,001$).

As dimensões que apresentaram resultados estatisticamente significativos ($p < 0,001$) são: hábitos de vida saudáveis a nível psicológico, dimensão efeitos físicos do tabaco, hábitos de vida saudáveis a nível físico e experiências comportamentais.

Os participantes no programa “Quero Crescer Saudável” demonstraram mais conhecimentos sobre estratégias saudáveis a nível psicológico (Figura 1). Vida Saudáveis a Nível Psicológico como o conseguir distrair-se sozinho mesmo quando está chateado, assim como falar com um amigo quando se sente triste, são práticas saudáveis que as crianças têm a consciência que são importantes. Esta dimensão, desempenha o papel de promover a integração no grupo, com o cumprimento de regras e o desenvolvimento de capacidades para lidar com as expectativas dos outros e com as próprias frustrações (Padilla, *et al.* 1995).



Figura 1: Dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Psíquico

Na dimensão Efeitos Físicos do Tabaco (Figura 2), verificou-se que as crianças que participaram no programa “Quero Crescer Saudável” adquiriram mais conhecimentos sobre os efeitos do tabaco para a saúde em geral e para a função respiratória em particular. O conhecimento do efeito do tabaco no organismo inibe as pessoas de fumar, pois adotam-se comportamentos saudáveis quando se receiam as doenças (Got, 2003, cit in Martinet *et al.*, 2003).

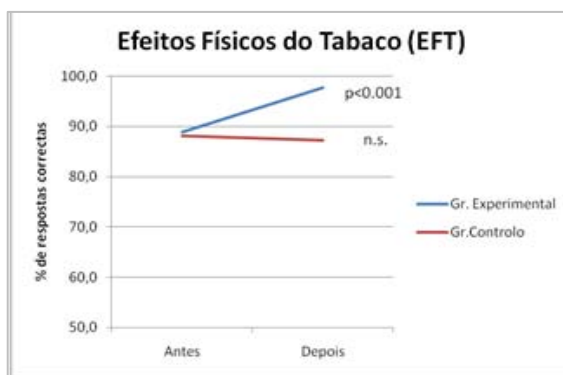


Figura 2: Dimensão Efeitos Físicos do Tabaco

Foi também observada no Grupo Experimental variação significativa no final do programa relativamente à dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico (Figura 3). Nesta dimensão salienta-se a importância de frequentar ambientes não poluídos e de efetuar exercício físico regularmente. Os hábitos saudáveis a nível físico como a importância da prática de exercício físico para crescer saudável, e a procura de ambientes ao ar livre sem poluição para desenvolverem as suas atividades foram interiorizados pelos participantes. Na criança a atividade física permite aperfeiçoar a capacidade motora, descobrindo gradualmente as suas capacidades e limitações. O exercício físico reveste-se de uma importância crescente na aquisição, prevenção e melhoria da saúde do ser humano.

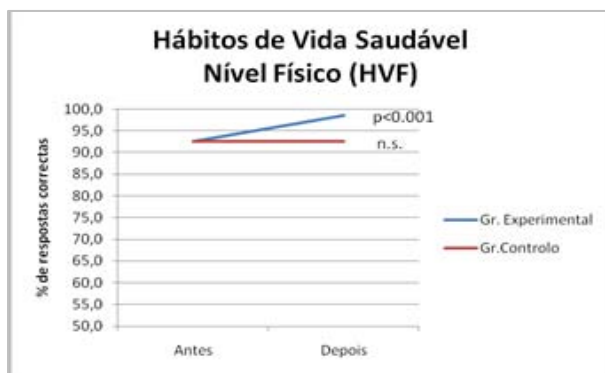


Figura 3: Dimensão Hábitos de Vida Saudáveis a Nível Físico

A criança não é uma entidade isolada, ela interage com o ambiente, vai-se desenvolvendo ao longo da infância (Vygotsky, 2003) como demonstram os resultados da dimensão Experiências Comportamentais (Figura 4). As crianças interiorizaram que não é necessário fumar para saber que fumar prejudica a saúde, e são poucas as pessoas que fumam, não sendo normal fumar.



Figura 4: Dimensão Experiências Comportamentais

Globalmente na aplicação do programa “Quero Crescer Saudável” houve sempre participação ativa das crianças. Com o decorrer das sessões verificou-se, no geral, que as crianças se concentravam mais rapidamente, sendo de salientar a integração rápida nas atividades propostas.

Quanto às temáticas abordadas, houve temas em que as crianças já tinham conhecimento, mas que aprofundaram e relembrou, como foi o caso da anatomia e fisiologia do corpo humano, a prática de uma alimentação saudável e de exercício físico regular. As crianças também já tinham adquirido previamente alguns conhecimentos sobre o tabagismo.

4. CONCLUSÃO

Os resultados revelaram a existência de algumas variações estatisticamente significativas no grupo experimental, mas não no grupo de controlo. As dimensões que apresentaram variação significativa foram: atitudes relacionadas com efeitos do tabaco a níveis físico, hábitos de vida saudáveis a nível físico e a nível psicológico e experiências comportamentais relacionadas com o tabagismo.

Estes dados estão em concordância com outros estudos que demonstram que se os jovens tiverem informação sobre tabagismo, desenvolverem precocemente hábitos de vida saudáveis e competências na área do autoconhecimento para conseguirem lidar com frustrações e a pressão dos pares, futuramente têm menor propensão para fumar, ou pelo menos, iniciar este hábito mais tardiamente.

Em conclusão, os indivíduos do Grupo Experimental que participaram no programa de intervenção “Quero Crescer Saudável” interiorizaram a informação sobre promoção de hábitos de vida saudáveis a nível respiratório e sobre os efeitos nefastos do tabagismo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Altet, M. N. & Sánchez, M.T. (1998). Tabagismo en el adolescente; Anales Espanholes Pediatría; Supl 110: 26- 31.
- (2) Araújo, A. (2009). Relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias. Respirar, Associação Nacional da Tuberculose e das Doenças Respiratórias. 10 (33),3.
- (3) Bandura, A. (1969). Principles of behaviour modification: Holt, Rinehart and Winston, Inc.: New York.

- (4) Barreira, E., Gomes, F. & Cunha, L. (2007). Atitudes face ao tabagismo: Hábitos tabágicos e o papel dos profissionais de saúde. *Psic., Saúde & Doenças*, 8,(2) 197-207.
- (5) Barreira, E., Madeira, M. (2009). Programa de Intervenção “Quero Crescer Saudável”. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. Porto: Edições Fernando Pessoa, 6, 250-261.
- (6) Barrueco, M., Cordovilla, R., Mesquita, M., De Castro, J., González, J., & Rivas P. (1998). Diferencias entre sexos en la experimentación y consumo de tabaco por niños, adolescentes y jóvenes. *Arch. Bronchoneumol* 34, 199-203.
- (7) Beconã, E. & Palomares, A. García, M. (2000). Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid, Ediciones Pirámide.
- (8) Beconã, E. & Vázquez, F. (1998). Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson.
- (9) Biaggio, A. M. B. (2005). *Psicologia do desenvolvimento*. Petrópolis: Editora Vozes.
- (10) Cubero, R. & Moreno, M. C. (1995). Relações sociais nos anos escolares: família, escola, companheiros. In Coll, C., Palacios, J., Marchesi, A. (Eds), *Desenvolvimento psicológico e educação – psicologia evolutiva* (pp.2250-260). Porto Alegre: Artemed Editora.
- (11) Díaz, E., Villalbi, J. R., Nebot, M., Aubá, J. & Sanz, F., (1998). El inicio del consumo de tabaco en escolares: estudio transversal y longitudinal de los factores predictivos. *Medicina Clinica*, 110, 334-339.
- (12) Egger, G., Spark, R. & Donovan, R. (2005). *Health Promotion Strategies and Methods* (2ª Ed.). Australia: McGraw-Hill.
- (13) Eurobarometro, 2010, Tabacco. (Special Eurobarometer 332 / Wave 72.3 – TNS Opinion & Social). Comissão Europeia, Bélgica. Consultada em fevereiro, 2011, em http://osha.europa.eu/en/news/eurobarometer_survey_tobacco_analytical_report_01.06042008.
- (14) Fernandes, M.M. (2008). *A Saúde Também se Educa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- (15) Instituto Nacional de Estatística (2007). 4º Inquérito nacional de saúde – 2005/2006. Informação à comunicação social, 1-12.
- (16) Marques, A. (2010). A escola, a educação física e a promoção de estilos de vida ativa e saudável: estudo de um caso. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa. Consultada em maio, 2011, em <http://hdl.handle.net/10400.5/2492>.
- (17) Martiñez, F. (2004). *Las drogas educación y prevención*. Madrid: Cultural, S.A.
- (18) Matias, D. (2006). Epidemiologia do Tabagismo. In Pestana, E. (Eds), *Tabagismo: Do Diagnóstico ao Tratamento* (pp. 37-60). Lisboa: Lidel.
- (19) Moreira, P. (2001). *Para uma prevenção que previna*. Coimbra: Quarteto.
- (20) Observatório Nacional das Doenças Respiratórias Consultada em março, 2010, em WWW.ondr/relatorios-ondr.htm/.
- (21) Ochoa, M. G., Montañes, R., Pérez, F. & Pons, J. (1990) Actitudes hacia el propio Rol en Profesionales de la Salud Y de la Docencia. III Congreso Nacional de Psicología Social. Santiago de Compostela.
- (22) Padilla, M. & González, M. (1995). Conhecimento social e desenvolvimento moral nos anos escolares. In Coll, C., Palacios, J., Marchesi, A. (Eds), *Desenvolvimento psicológico e educação – psicologia evolutiva* (pp.232-242). Porto Alegre: Artemed Editora.
- (23) Pargana, E. (2001). Tabagismo passivo e gravidade da asma brônquica na criança. *Revista Portuguesa Pneumologia*, 7, 25-32.

- (24) Piaget, J. & Inhelder, B. (1995). A psicologia da criança. Porto: Asa.
- (25) Precioso, J. (2001). Educação para a prevenção do comportamento de fumar: avaliação de uma intervenção pedagógica dirigida a alunos do 3º ciclo do ensino básico. Braga: Universidade do Minho, Tese de Doutoramento. (não publicada).
- (26) Precioso, J. (2008). Prevenção e tratamento do tabagismo com base na evidência científica. In Bonito, J. (2008). Educação para a saúde no século XXI : teorias, modelos e práticas, (1ª ed). Centro de Investigação em Educação e Psicologia, p 1-927.
- (27) Quesada, R. P. (2009). Promoción Y Educación para la Salud: Tendencias Innovadoras. (Ed) Madrid: Diaz de Santos.
- (28) Ribeiro, J. P. (1998). Psicologia e saúde. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- (29) Rice, R. (2000). Home care nursing practice: concepts and applications. St. Louis: Mosby.
- (30) Rodrigues, M. Pereira. A. Barroso, T. (2005). Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde. Coimbra: Formasau.
- (31) Sanz, M. A. (2009). Los proyectos y los programas en EPS. In Quesada, R. P. (Eds) Promoción Y Educación para la Salud: Tendencias Innovadoras (pp.247-271). Madrid: Diaz de Santos.
- (32) Servais, E. (1993). Antes que seja tarde... uma abordagem comunitária e global na prevenção do consumo de álcool e outras drogas. Braga: Barbosa & Xavier, Lda, Artes Gráficas.
- (33) Silva, F. L. (2008). Saber Prático de Saúde. As lógicas do saudável no quotidiano. Edições Afrontamento: Porto.
- (34) Stanton, W.R., Mahaski, P. A., McGree, R. Silva, P.A. (1993). Reasons for smoking or not smoking in early adolescence. Addictive Behaviors, 18, 321-329.
- (35) Vigotski, L. S. (2003). O Desenvolvimento Psicológico na Infância: São Paulo: Martins Fonte.
- (36) World Health Organization, (2004) Global strategy on diet, physical activity and health. Consultada em fevereiro, 2011, em Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, 17–22 May 2004. Resolutions and decisions, annexes. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHA57/2004/REC/1):38–55.
- (37) World Health Organization. (2009). WHO report on the global tobacco epidemic, 2009. Consultada em abril, 2010, em http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/gtcr_download/en/.
- (38) World Health Organization. (2010). WHO's Global School Health Initiative. Consultada em novembro 2010, em http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/index.html.

COMPORTAMENTO E PADRÕES ALIMENTARES

A INFLUÊNCIA DO FATOR AMBIENTAL NO SOBREPESO E OBESIDADE NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA: ESTUDO COMPARATIVO

THE INFLUENCE OF THE ENVIRONMENTAL FACTOR IN OVERWEIGHT AND OBESITY IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE: A COMPARATIVE STUDY

Maria Boné¹ & Jorge Bonito²

¹ Agrupamento de Escolas de Monforte. Universidade de Évora. aurorabone@hotmail.com

² Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora. Centro de Investigação em Educação e Psicologia (CIEP) da Universidade de Évora. Centro de Investigação Didática e Tecnologia na Formação de Formadores (CIDTFF). jbonito@uevora.pt

RESUMO

A obesidade infantil e o excesso de peso na infância e na adolescência constituem um problema de saúde pública preocupante, em virtude do crescimento célere da sua prevalência e por se apresentar como uma marcante questão com repercussões biopsicossociais. Por observação direta, comprovamos que a incidência do excesso de peso e obesidade nas crianças que frequentam valências de creche, pré-escolar e primeiro ciclo do ensino básico têm aumentado nas últimas duas décadas. O presente trabalho, apresenta-se como uma análise comparativa de artigos de investigação. Em ambos, foram constituídos variáveis independentes, no estudo da prevalência do excesso de peso e obesidade infantil. Os artigos reportam à realidade de duas localidades portuguesas: (1) Bragança, cidade da região nordeste e (2) Arruda dos Vinhos, vila da região centro litoral. Para além das diferenças geográficas, pareceram-nos pertinentes por produzirem dados referentes a população estudantil de escolas públicas e privadas. Ambos os artigos objetivavam conhecer a prevalência da obesidade em populações escolarizáveis. Pretendiam, ainda, saber da relação entre os fatores ambientais, nomeadamente os alimentares e os comportamentais e a prevalência da patologia. Os resultados encontrados apontam no sentido da convergência de dados encontrados em estudos anteriormente realizados. As alterações sociais verificadas nas últimas décadas marcam de forma nefasta a saúde das populações, pelo enraizamento de novos estilos de vida, apontando os resultados para uma influência do fator ambiental sobre a obesidade.

Palavras-chave: obesidade, ambiente, infância, adolescência.

ABSTRACT

Childhood obesity and overweight in childhood and adolescence are a major problem of public health, given the rapid growth of its prevalence and to presenting itself as an outstanding issue with biopsychosocial repercussions. By direct observation, we found that the incidence of overweight and obesity in children attending kindergarten, preschool and the first cycle of basic education, have

increased in the last two decades. This work presents itself as a comparative analysis of research articles. In both articles we have chosen to organize the factors of an environmental nature, were formed independent variables in the study of the prevalence of overweight and obesity. The articles relate to the reality of two Portuguese localities: (1) Bragança, a town in the northern interior and (2) Arruda dos Vinhos, village of the central coast. In addition to geographic differences, these locations seemed appropriate, since they produce data regarding student population of both public and private schools. Both articles aimed to determine the prevalence of obesity in school populations. They also wanted to ascertain the relationship between environmental factors, including dietary and behavioral and the prevalence of the condition. The results obtained point towards the convergence of data found in previous studies. The social changes in recent decades mark negatively the health of populations, by establishing new lifestyles, leading the results to an influence of environmental factors on obesity.

Keywords: *obesity, environment, childhood, adolescence*

1. INTRODUÇÃO

O sobrepeso e a obesidade infantil na infância e adolescência constituem um enorme problema de saúde pública e preocupam cada vez mais os órgãos responsáveis pela saúde numa dimensão global, em virtude do crescimento célere da sua prevalência e de se apresentar como uma marcante questão com repercussões biopsicossociais (Ribeiro, 2008). A definição de sobrepeso e obesidade é, na atualidade, objeto de discussão científica pela inexistência de um método de medição direta da gordura corporal.

O Índice de Massa Corporal (IMC) constitui o método alternativo que mais se adequa a estimar a quantidade de gordura corporal em crianças e em adultos (Speiser et al., 2005). A World Health Organization (WHO) considera o excesso de peso, um IMC entre 25 e 30 kg/m² e a obesidade como um IMC igual ou superior a 30 kg/m² (WHO, 2006). O US Centers for Disease Control and Prevention (CDC, s.d.) criou tabelas de percentis de IMC ajustadas à idade para crianças e adolescentes dos 2 aos 19 anos a fim de classificar a obesidade e excesso de peso infantil.

Numa resposta ao crescendo da epidemia, com implicações ao nível da saúde, das economias e do desenvolvimento, foi decretada a Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade (CELO), pela Conferência Ministerial da OMS Europeia, que decorreu em Istambul, Turquia, em 2006. A CELO objetivava intensificar uma ação neutralizadora da obesidade e a afirmação clara de que este problema deve ser colocado na agenda prioritária dos governos da União Europeia (PCO, s.d.). Relacionada com a elevada prevalência da obesidade, o crescendo da sua incidência, a morbilidade e mortalidade e os avultados gastos em saúde associados, a situação portuguesa, justificou a criação da Plataforma Nacional Contra a Obesidade (PCO) em maio de 2007. A PCO pretendeu atingir os objetivos definidos na CELO subscrita pelos Estados-Membros Europeus da OMS, visando uma redução da prevalência de crianças obesas nos 4 anos seguintes, um controlo da epidemia até 2009; quantificação da prevalência, da incidência e do número de recidivas da pré obesidade e obesidade em crianças, adolescentes e adultos e num ganho na melhoria nos hábitos de saúde dos portugueses. Esta Plataforma é o resultado de uma parceria entre a Direção Geral de Saúde (DGS) e a Galp Energia, constituindo-se como uma medida estratégica que une o governo e a sociedade civil, no enfoque da obesidade. São colaboradores da plataforma representantes dos Ministérios da

Saúde, da Educação, da Economia, da Agricultura, da Associação Nacional de Municípios e das associações da sociedade civil.

2. EPIDEMIOLOGIA

No início dos anos noventa surge o alerta da OMS relativamente à grande incidência da obesidade a nível mundial (Ribeiro, 2008). De acordo com a *International Obesity Task Force (IOTF)* e a OMS, no mundo, mais de mil milhões de pessoas tinham excesso de peso, sendo 300 milhões obesas antevendo-se que, no final da próxima década, 50% da população mundial será afetada por esta epidemia (WHO, 2000; IOTF, 2005). Este significativo aumento da obesidade apresenta-se como muito preocupante nas crianças e adolescentes, com a transição da doença para a idade adulta, o que promoverá agravamento do problema na próxima geração (WHO, 2006). A obesidade é uma doença crónica, que afeta tanto os países desenvolvidos como em desenvolvimento, atingindo crianças e adultos. Aproximadamente metade dos adultos e um quinto das crianças da Região Europeia da OMS apresentavam excesso de peso sendo que destes, um terço são obesos. Nesta região, ambos os distúrbios diminuem a esperança média de vida e afetam a qualidade de vida da população. Associaram-se mais de um milhão de mortes por ano a doenças relacionadas com o excesso de peso (WHO, *idem*). A prevalência do excesso de peso e obesidade nos países em desenvolvimento também tem sofrido um aumento, assim como as complicações metabólicas associadas. As regiões com maior prevalência de excesso de peso eram o Norte de África, com 8%, o Médio Oriente, com 7%, a América Latina e as Caraíbas com 4,5% a 7% (Speiser *et al.*, 2005). De acordo com a PCO (s.d.), mais de 50% da população mundial será obesa em 2025, se não forem tomadas medidas eficazes. Em 1997, a OMS considerou, a obesidade como a “Epidemia do século XXI”.

O primeiro estudo, em Portugal, visando determinar a prevalência do excesso de peso e obesidade na população portuguesa foi realizado entre 1995-1998. Os resultados revelaram que 35,2% dos indivíduos apresentava excesso de peso e 14,4% tinha obesidade. A prevalência do excesso de peso era superior nos homens (41,1%) relativamente às mulheres (30,8%). Em relação à obesidade, a prevalência nas mulheres (15,4%) era superior à dos homens (12,9%) (Carmo *et al.*, 2006). Entre 2003 e 2005, 38,6% da população apresentava excesso de peso e 13,8% eram obesos, tendo a prevalência total aumentado 2,8% em cerca de oito anos (*idem*). De forma análoga aos resultados do estudo de 1995-1998, a prevalência do excesso de peso e obesidade é superior nos homens (59,5%) em relação às mulheres (47,2%). Relativamente à obesidade, a prevalência nas mulheres (13,3%) registou um decréscimo, enquanto nos homens aumentou (14,6%).

No decurso das duas últimas décadas, a prevalência do excesso de peso e da obesidade infantil têm sofrido um considerável aumento por todo o mundo (Doak *et al.*, 2006). Considerando o período entre 1963 e 2004, a prevalência da obesidade triplicou entre os adolescentes (passou de 5% para 17%), quintuplicou em crianças entre os 6 e os 11 anos (de 4% para 19%) e quase triplicou em crianças entre os 2 e os 5 anos (5% para 14%). Atualmente, mais de 22 milhões de crianças com menos de 5 anos apresentam excesso de peso ou obesidade (Miller & Silverstein, 2007). Diversos estudos desenvolvidos em treze países da Europa, Israel e nos Estados Unidos, entre 1997 e 1998, permitiram identificar os Estados Unidos, Irlanda, Grécia e Portugal como os países em cujas prevalências eram superiores no que diz respeito ao excesso de peso em adolescentes (Lissau *et al.*, 2004; Speiser *et al.*, 2005). Na Europa, os países com maior prevalência de excesso de peso e

obesidade são os do sul e os da Europa ocidental. Os países do Mediterrâneo apresentam uma maior prevalência de crianças com excesso de peso (20% a 40%) do que os países do norte da Europa (10% a 20%) (Speiser *et al.*, 2005), à medida que a dieta Mediterrânica se deturpa devido ao aumento dos alimentos ricos em açúcar, gordura e sal (IOTF, 2005). A prevalência da obesidade tem registado um aumento quer em crianças quer em adultos (Whitaker *et al.*; Guo & Chumlea, 1999; WHO, 2000; Freedman *et al.*, 2005; IOTF, 2005; Doack *et al.*, 2006, citados em Faria e Bonito, 2009). Segundo estimativa da IOTF (2005), a nível mundial, cerca de 150 milhões de crianças em idade escolar tinham excesso de peso e cerca de 45 milhões destas eram obesas. Os países do Sul da Europa (Portugal, Espanha e Itália) e as ilhas do Mediterrâneo, como Malta, Sicília, Gibraltar e Creta a obesidade apresentavam prevalência superior a 30% em crianças entre os 7 e os 11 anos. Países como Inglaterra, Irlanda, Chipre, Suécia e Grécia apresentavam prevalências mais baixas, na ordem dos 20%. Em países como França, Suíça, Polónia, República Checa, Hungria, Alemanha, Dinamarca, Holanda e Bulgária registavam as prevalências mais baixas, na ordem dos 10 a 20% (*idem*). Quanto à população infantil portuguesa, segundo o estudo de Padez, Fernandes, Mourão, Moreira e Rosado (2004), a prevalência do excesso de peso e obesidade, em crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos era de 31,5%, dos quais 11,3% foram classificados como obesos. A prevalência total do excesso de peso e obesidade era superior nas raparigas (33,7%) relativamente aos rapazes (29,4%). A prevalência do excesso de peso e obesidade infantil em Portugal era superior, quando comparada com a Alemanha e Inglaterra, seguindo a tendência de outros países socioculturalmente semelhantes, como é o caso de Espanha, Itália e Grécia. O aumento significativo no IMC das crianças entre 1970 e 2002, fez de Portugal o país europeu com a segunda maior taxa de prevalência de excesso de peso e obesidade infantil, imediatamente a seguir à Itália, que apresentava uma taxa na ordem dos 36% (*idem*). Um estudo de 2002 revelou que 14,8% dos adolescentes portugueses tinham excesso de peso e 3,1% obesidade, sendo que a prevalência do excesso de peso e da obesidade era superior nas raparigas (Matos, 2004).

3. CONSEQUÊNCIAS DA OBESIDADE

Nos EUA, a obesidade causa cerca de 300 mil mortes por ano e é a segunda maior causa de morte de origem comportamental, depois do tabaco (Donohoe, 2007). A obesidade e o excesso de peso estão associados com o risco aumentado de: (1) dislipidémia; (2) síndrome metabólico; (3) diabetes mellitus tipo 2 e (3) doenças cardiovasculares, que atingem cada vez mais, indivíduos mais novos (IOTF, 2005). Estão também relacionados com a hipertensão, a apneia do sono, refluxo gastro-esofágico, litíase vesicular, asma, certos tipos de cancro, depressão *major* e suicídio, bem como a probabilidade de puberdade precoce nas raparigas (Donohoe, *idem*). O excesso de peso e obesidade infantil constituem fatores de risco para a manifestação da patologia na idade adulta. À medida que a população envelhece, os custos de saúde relacionados com a obesidade deverão aumentar expressivamente (Daviglius *et al.*, 2004). Estes custos afetam o desenvolvimento económico e social dos países, já que são responsáveis por cerca de 6% das despesas de saúde na Europa. Trazem também custos indiretos relacionados com a perda de vidas e a quebra na produtividade. É ainda de referir que o excesso de peso e a obesidade afetam principalmente as pessoas provenientes de grupos socioeconómicos mais baixos, o que contribui para uma série de desigualdades (WHO, 2006). Em Portugal, os custos diretos da obesidade consomem 3,5% das despesas totais em saúde (Pereira *et al.*, 2000).

4. CAUSAS DA OBESIDADE

A obesidade é, segundo a OMS (Portal da Saúde, 2005a), um excesso de gordura acumulada no tecido adiposo, com consequências nefastas para a saúde. Diversos conceitos de obesidade têm sido avançados, como é o caso de Fisberg (2006), que considera a obesidade como uma acumulação de tecido adiposo, que se localiza parcialmente ou em todo o corpo, provocado por distúrbios genéticos/hormonais ou por alterações nutricionais. A obesidade pode considerar-se um distúrbio nutricional devido a um desequilíbrio entre a ingestão e o gasto de calorias. Os fatores genéticos não podem, por si só, ser responsabilizados por esta patologia, nem os fatores ambientais podem isoladamente, estabelecer-se como a causa deste problema. No entanto, alterações ambientais, tais como a dieta e o estilo de vida parecem ser os principais responsáveis pelo aumento exponencial da obesidade (Miller & Silverstein, 2007).

4.1. Fatores genéticos

Estima-se que cerca de 30 a 50% da tendência para a adiposidade possa ser explicada por variações genéticas (Faria & Bonito, 2008). Em 1994, foi clonado o gene da leptina, primeiro gene específico a ser identificado como determinante no controlo do peso corporal, iniciando-se o estudo genético da obesidade. Esta hormona está envolvida num complexo circuito de hormonas e neurotransmissores controladores do apetite. Van den Bree *et al.*, citado em Ribeiro (2008), avança a probabilidade de uma herança poligénica como determinante da obesidade. Os autores concluíram que o risco de obesidade quando nenhum dos pais é obeso é de 9%, porém, quando um dos progenitores é obeso ou ambos, o risco aumenta para 50% e 80% respetivamente.

4.2. Fatores ambientais

Nas últimas décadas, aconteceram alterações profundas no estilo de vida a nível mundial. Assistiu-se a um decréscimo da atividade física e aumento do aporte calórico nas crianças, originando um desequilíbrio energético positivo (Miller & Silverstein, 2007). Este desequilíbrio energético está na base da obesidade e excesso de peso a longo termo (Ebbeling *et al.*, 2002). Segundo (Neto, s.d.), as alterações verificadas na sociedade, nos últimos 20-30 anos, modificaram os hábitos de vida de forma significativa. Em consequência, os ritmos e as rotinas diárias das crianças e dos jovens sofreram profundas mudanças no período referido. As brincadeiras na rua, tornaram-se pouco frequentes em muitas cidades. Contrariamente àquilo que acontecia há umas décadas atrás, atualmente as crianças passam muito menos tempo a brincar fora de casa e a fazer exercício físico. Paralelamente, ocupam cada vez mais o seu tempo livre visionando televisão, utilizando o computador e, com maior frequência se deslocam de carro e de outros meios automatizados de transporte, tal como os elevadores e as escadas rolantes, em vez de irem a pé para a escola ou de subirem escadas. Também as alterações profundas na dieta das crianças, verificadas nas últimas décadas, constituem um fator determinante na etiologia da obesidade infantil (Miller & Silverstein, 2007).

4.2.1. Hábitos alimentares

A globalização e urbanização verificadas nas últimas décadas, influenciaram os determinantes comportamentais da saúde, entre os quais a alimentação, que tem sido alvo de céleres mudanças.

As alterações socioeconômicas, que derivaram da melhoria das condições de vida das populações, de acordo com Kain *et al.* (2002), promoveram alterações nos hábitos de vida, particularmente nos padrões alimentares. A adoção de padrões alimentares desequilibrados refletem-se como um importante impacto na morbidade e mortalidade das populações. Atualmente, a densidade energética dos alimentos disponibilizados é maior, sendo estes mais ricos em gordura e em açúcares. O aumento das porções dos alimentos e a maior disponibilidade de *fast food* também são determinantes do excesso de peso e obesidade infantil (Ebbeling *et al.*, 2002; Speiser *et al.*, 2005; Miller & Silverstein, 2007). Vários estudos epidemiológicos mostraram uma associação entre dietas inadequadas, designadamente o consumo excessivo de gorduras e o aumento do peso corporal (Koplan & Dietz, 1999, citados em Faria & Bonito, 2009).

4.2.2. Hábitos comportamentais

Segundo Ribeiro (2008), os estilos de vida sedentários e a inatividade física continuada influenciam claramente a obesidade. O visionamento de televisão e a utilização de jogos eletrônicos e computadores por longos períodos, assim como outros aspetos culturais ligados a influências ambientais e sociais, nos grandes centros urbanos, diminuem as oportunidades para a prática regular de exercício físico (Troiano & Flegal, 1998., citados em Ribeiro, 2008).

Diversos estudos revelam a influência nefasta do hábito continuado do visionamento de televisão e utilização de computador e jogos de consola. Um estudo realizado nos EUA, com os dados do *National Health Examination Survey II*, com uma amostra de 6965 crianças entre os seis e os onze anos de idade revelou, em média, que as crianças passavam semanalmente vinte e quatro horas a ver televisão. O mesmo estudo revelou que, quanto mais tempo passavam a ver televisão, maior era a prevalência de excesso de peso e de obesidade (Dietz & Gortmaker, 1985, citados em Ribeiro, 2008). O estudo de Gortmaker, Must, Sobol, Peterson, Colditz e Dietz, realizado em Boston, entre 1986 e 1990, com crianças entre 10 e 15 anos de idade, mostrou existir uma relação entre a prevalência de excesso de peso e o número de horas que passavam por dia a ver televisão. Segundo este estudo, as crianças que passavam mais de cinco horas diárias a ver televisão, apresentavam um risco superior de se tornarem obesas, quando comparadas com crianças que passavam entre zero a duas horas por dia.

Gortmaker (1996), concluiu da probabilidade da obesidade triplicar nos adolescentes que assistem diariamente a mais de 5 horas de televisão, comparativamente àqueles que gastam 2 horas diárias. Segundo o estudo de Dennison (2002), as crianças que têm televisão no quarto apresentam um risco superior de obesidade (IMC superior ao percentil 85).

4.2.3. Estilo de vida dos pais

O tipo de alimentação e os comportamentos alimentares das crianças dependem fortemente dos progenitores. As suas perceções e preocupações acerca de qual é a melhor alimentação para os seus filhos e acerca dos riscos associados à obesidade, são os fatores que condicionam as opções das escolhas dos alimentos (Birch, 1999, citado em Ribeiro, 2008). Hábitos não saudáveis, tais como a ingestão de *fast-food*, alterações da composição dos alimentos com ingestão de alimentos ricos em gorduras, bebidas gaseificadas, alimentos ricos em açúcar e excessiva quantidade de alimentos ingerida às refeições, são hábitos familiares que podem ser promotores da obesidade infantil (Ribeiro, 2008). A inatividade da família indicia a inatividade da criança. A prática da atividade física por parte dos filhos parece ser também influenciada pela frequência com que os pais a praticam.

5. ANÁLISE DE ARTIGOS DE INVESTIGAÇÃO NO ÂMBITO DO EXCESSO DE PESO E OBESIDADE INFANTIL

Neste trabalho analisamos dois artigos de investigação onde os fatores de cariz ambiental foram constituídos variáveis dependentes, no estudo da prevalência do excesso de peso e obesidade infantil. Os artigos reportam à realidade de duas localidades portuguesas: (1) Bragança, cidade da região norte interior de Trás-os-Montes e Alto Douro e (2) Arruda dos Vinhos, vila da região de Lisboa e Vale do Tejo.

Para além das diferenças geográficas, pareceram-nos também pertinentes por reproduzirem dados, referentes a população estudantil de escolas públicas e privadas.

5.1. Análise do artigo “Obesidade Infantil, Atividade Física e Sedentarismo em crianças do 1º ciclo do ensino básico da cidade de Bragança (6 a 9 anos)”

Campos, L., Gomes, J. e Oliveira, J. (2008, julho). Obesidade Infantil, Atividade Física e Sedentarismo em crianças do 1º ciclo do ensino básico da cidade de Bragança (6 a 9 anos). *Motricidade*, 4(3), 17-24. Arquivo consultado em 23 de junho de 2010, a partir de http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2008000300004&Ing=pt&nrm=iso. ISSN 1646-107X. Os autores, pretendendo encontrar a ocorrência de sobrepeso e obesidade em crianças da cidade de Bragança, realizaram um estudo de corte transversal, com 226 alunos matriculados nas escolas do 1º ciclo do ensino básico (1ºCEB), com idades compreendidas entre os 6 e os 9 anos no ano letivo de 2004/2005, em cinco escolas, quatro do ensino oficial e uma de caráter particular. O objetivo que os norteou foi determinar se a população escolar do 1º CEB, da cidade de Bragança, refletia marcas negativas como consequência da sociedade moderna, nomeadamente os maus hábitos alimentares, a escassez de atividade física e o sedentarismo. Procederam à aplicação de um questionário sociodemográfico em associação com a medição de parâmetros simples (peso e altura), assim como o cálculo do IMC, a fim de determinar os índices de sobrepeso e obesidade e correlacioná-los com a atividade física, desenvolvida em meio escolar e fora deste, e ainda a com prevalência de hábitos sedentários (visionamento de televisão, utilização de computador e consola), na faixa etária referida. Foram definidas 6 hipóteses para o estudo acima definido: 1 – crianças do sexo masculino possuem valores de IMC superiores a crianças do sexo feminino; 2 – crianças que praticam educação Física em contexto escolar apresentam valores de IMC inferiores àquelas que não praticam; 3 – crianças que praticam Educação física fora do meio escolar apresentam valores de IMC inferior relativamente àquelas que não praticam; 4 – crianças que despendem mais tempo com a televisão apresentam valores de IMC mais elevados relativamente a crianças que despendem menor número de horas nesse visionamento; 5 – crianças que despendem de mais tempo com jogos de computador e consola apresentam valores de IMC mais elevados relativamente àquelas que despendem menos tempo com essas atividades, 6 – crianças que praticam mais horas de exercício físico apresentam valores de IMC mais baixos relativamente àquelas que praticam menos horas de exercício físico. Os alunos das escolas públicas eram 153, sendo 82 do sexo feminino; os da escola particular eram 73, sendo 37 do sexo masculino. Da análise dos questionários destacamos os seguintes resultados:

Análise Social e Demográfica

- A análise por sexo não é significativa. Os valores são muito aproximados independentemente do tipo de escola frequentada.

- A maioria dos inquiridos apresenta uma idade entre os 8 e os 9 anos, sendo a prevalência no ensino público de 8 anos e no ensino privado de 9 anos.
- Mais de 80% dos inquiridos residiam na área urbana da cidade de Bragança, sendo de nacionalidade portuguesa.
- O aparelho de televisão existia em mais de 90% das casas, assim como o computador e as consolas. Estes dois últimos com valores de 61,4% e 41% respetivamente para os alunos do ensino oficial e de 84,9% e 49,2% para os alunos do ensino particular.
- A ocupação profissional dos pais é diversa: os pais dos alunos do ensino público são na sua maioria operários não especializados, domésticas e funcionárias públicas (no caso das mães); os pais dos alunos do ensino privado são profissionais do setor secundário e comerciantes e funcionárias públicas (no caso das mães).

Atividade Física

Encontrou-se diferença significativa na prática da atividade física em meio escolar entre os alunos, das escolas públicas e privada. Verificou-se nesta amostra que:

- Apenas uma das escolas públicas dispunha de professor de Educação Física; 57% dos alunos referiu praticar atividade física em contexto escolar enquanto a totalidade dos alunos que frequentavam o estabelecimento de ensino privado, desenvolviam a prática de atividade física orientada por um professor de Educação Física duas vezes por semana, em instalações próprias da escola.
 - Fora do meio escolar 52,9% dos alunos do ensino público não praticavam qualquer atividade física enquanto 49,3% dos alunos do ensino particular desenvolviam práticas físicas extra escolares. O futebol era o desporto preferencialmente praticado fora do meio escolar por 51,9% e 40% por alunos das escolas públicas e privada, respetivamente, entre 1 e 2 vezes por semana.
- Destacamos o número significativo de crianças não praticantes de qualquer atividade física, após concluídas as atividades escolares o que, seguramente, contribuiria para promoção de hábitos sedentários.

Atividades de lazer

- Cerca de 25% dos alunos do ensino oficial, visionava televisão em períodos superiores a 3 horas e 9,8% despendiam desse tempo para jogos de computador e consola;
- Os alunos do ensino particular que despendiam de mais de 3 horas para ver televisão e usar o computador e as consolas eram de 16,4% e 19%, respetivamente;
- A diferença da percentagem de alunos que usavam computador e consola dever-se-ia, seguramente, à maior disponibilidade de recursos e equipamentos.

Os resultados obtidos, permitiram a discussão das hipóteses levantadas:

H1 - Crianças do sexo masculino possuem valores de IMC superiores a crianças do sexo feminino.

Os resultados (Tabela 1) mostraram que os rapazes tinham uma média de 17,69 de IMC, enquanto as raparigas apresentavam 17,76, pelo que não se confirmou a H1.

Tabela 1 – Classificação de sobrepeso e obesidade de acordo com o IMC

<i>Idade (anos)</i>	<i>Percentil 85 (Sobrepeso)</i>		<i>Percentil 95 (Obesidade)</i>	
	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>
5	17,6	17,3	19,8	19,7
7	17,9	17,8	20,5	20,5
8	18,4	18,3	21,6	21,6
9	19,1	19,1	22,8	22,8

H2 - Crianças que praticam atividade física em contexto escolar apresentam valores de IMC inferiores às que não praticam (Tabela 2).

Verificou-se que os indivíduos que praticam atividade física em meio escolar apresentam um IMC mais elevado do que aqueles que não praticam. Assim sendo a hipótese não se aceita.

Tabela 2 – Relação entre a prática da atividade física escolar e o IMC

<i>Prática</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Ns</i>
Sim	161	17,7612	
Não	65	17,6478	0,813
Total	226	17,7286	

H3 - Crianças que praticam atividade física fora do âmbito do meio escolar apresentam valores de IMC inferior relativamente às que não praticam (Tabela 3).

Os indivíduos que praticam Educação Física fora do âmbito escolar, apresentam valores de IMC (18,24) superiores aos dos indivíduos que não praticam nessas condições (17,34). Estatisticamente não existem diferenças relevantes entre o grupo que desenvolve práticas de atividade física e aquele que não o faz.

Tabela 3 – Relação entre a prática da atividade física extracurricular o IMC

<i>Prática</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Ns</i>
<i>Sim</i>	98	18,2430	
<i>Não</i>	117	17,3432	0,113
<i>Sem referência</i>	11	17,2455	
<i>Total</i>	226	17,7286	

H4 - Crianças que despendem mais tempo com a televisão apresentam valores de IMC mais elevados relativamente a crianças que despendem menor número de horas nesse visionamento (Tabela 4).

Indivíduos que assistem à televisão em períodos inferiores a 1 hora diária, apresentam IMC mais baixo do que com tempo de permanência de 2-3 horas. Quem refere 4 horas ou mais, apresenta IMC mais baixo do que os que referem 2-3 horas. A hipótese não é aceite.

Tabela 4 – Horas de visionamento de televisão e IMC

<i>Horas</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Sd</i>
0-1	56	17,4036	3,01890
1-2	77	17,6901	3,18495
2-3	32	18,2413	4,09640
3-4	26	17,9108	3,31744
> 4	24	18,0421	2,94594
Sem referência	11	17,0464	2,78601
Total	226	17,7286	3,24382

H5 - Crianças que despendem de mais tempo com jogos de computador e consola apresentam valores de IMC mais elevados relativamente às que despendem menos tempo com essas atividades (Tabela 5).

Os indivíduos que despendem até uma hora para jogos de computador ou consola apresentam um IMC mais baixo comparativamente a outros que despendem 3-4 horas diárias. Quem refere 4 horas tem um IMC inferior quando comparado com quem refere 1-2 horas. A hipótese 5 não é aceite.

Tabela 5 – Horas de jogos em computador e consola e IMC

<i>Horas</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Sd</i>
0-1	75	17,8928	3,79808
1-2	39	17,2654	3,35966
2-3	17	17,0018	2,08710
3-4	10	19,7000	3,59554
> 4	19	17,1553	1,90447
Sem referência	66	17,2763	2,87983
Total	225	17,7286	3,24382

H6 - Crianças que praticam mais horas de exercício físico apresentam valores de IMC mais baixos relativamente àquelas que praticam menos horas de exercício físico (Tabela 6).

Indivíduos que praticam 1 hora de atividade física apresentam um IMC mais baixo quando comparado com os que a praticam 3 horas. Também a hipótese 6 não é verificada.

Tabela 6 – Horas de prática de atividade física e IMC

<i>Horas</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Sd</i>
1	25	18,6816	4,41840
2	40	18,0895	2,61456
3	23	18,7465	3,41825
Sem referência	10	16,6020	2,7553
Total	98	18,2430	3,36606

No artigo de investigação que apresentámos, a prática de atividade física não revelou influenciar a diminuição de IMC dos inquiridos. Inferimos, destes resultados, que pela escassez de tempo que os indivíduos dedicavam à referida prática não se revelou significativa diferença ao nível de IMC da população. Segundo a DGS (s.d.), os benefícios para a saúde são, por norma, atingidos através de pelo menos 30 minutos de atividade física cumulativa moderada, diária. Este nível de atividade pode ser conseguido diariamente através de atividades físicas agradáveis e de movimentos do corpo em atividades quotidianas tais como, subir escadas, caminhar a pé, passear, dançar e muitos outros desportos recreativos. Benefícios adicionais podem conseguir-se através de atividade física diária moderada de longa duração que, para as crianças e adolescentes, as necessidades são de 20 minutos adicionais de atividade física vigorosa, 3 vezes por semana e, para um controle do peso são necessários, diariamente, pelo menos 60 minutos de atividade física. Os resultados obtidos revelaram porém, que o tempo de visionamento da televisão, uso do computador, ou prática de jogos de consola influenciaram os valores de IMC. Os indivíduos que ocupavam apenas uma hora diária nas referidas atividades sedentárias apresentavam menor IMC inferior ao das que permaneciam 2 a 3 horas nessas atividades. A dissonância registada entre o menor IMC dos inquiridos que dedicam mais de 4 horas diárias a usar o computador e a consola poderá não retratar rigorosamente a realidade já que, por parte dos respondentes, nem sempre as informações disponibilizadas correspondem a respostas cuidadosas e rigorosas aos questionários. O facto de não se terem verificado as hipóteses levantadas, leva-nos a refletir se terá a metodologia sido adequada,

visto estudos anteriores reforçarem as hipóteses não verificadas neste trabalho de investigação. Consideramos encontrarem-se reflexos na população escolar do 1º CEB, da cidade de Bragança, de marcas negativas como consequência da sociedade moderna, nomeadamente, a escassez de atividade física e o sedentarismo. Os alunos ocupam preferencialmente os seus tempos livres visionando televisão, usando computador e consola de jogos, em detrimento de atividades físicas tais como passear, caminhar, andar de bicicleta, o que numa cidade do interior seria, certamente, facilmente exequível.

5.2. Análise do artigo “Contributo para a definição de um projeto de intervenção contra o excesso de peso e a obesidade infantil no Externato João Alberto Faria”

Faria, F., & Bonito, J. (2009). Contributo para a definição de um projeto de intervenção contra o excesso de peso e a obesidade infantil no Externato João Alberto Faria. In J. Bonito (Coord.), *Educação para a saúde no século XXI: teorias, modelos e práticas* (pp. 135-149). Évora: Universidade de Évora.

O artigo apresenta um estudo desenvolvido no Externato João Alberto Faria (EJAF), situado em Arruda dos Vinhos, no distrito de Lisboa. A população envolvida era constituída por 432 alunos sendo 53,7% do sexo feminino. O intervalo das idades situou-se entre os 10 e os 17 anos, sendo a média de idades da população de 12,65 anos. Os autores desenvolveram um estudo preliminar em 2006, tendo este revelado que 19% dos alunos apresentavam excesso de peso e 12,5% eram obesos. Estes valores globais encontravam-se ligeiramente acima das médias nacionais (Matos, 2004; Padez *et al.*, 2004; Carmo *et al.*, 2006, citados em Faria & Bonito, 2009).

Ripostando a este estudo, a direção pedagógica do EJAF avançou diversas ações-resposta, ainda no decurso do ano letivo 2006/2007.

- Foram retirados do bufete dos alunos, refrigerantes e sumos ricos em açúcar, bolos com creme e folhados, gomas, rebuçados, iogurtes ricos em açúcares, molhos e foi dilatada a variedade de *snacks* saudáveis.

- Na cantina, as ementas foram sujeitas a revisão: diariamente, passaram a ser disponibilizados pratos de carne e peixe; ementas não repetidas durante um mês. As sobremesas doces passaram a ser servidas semanalmente, fritos quinzenalmente, aumentou a variedade de saladas e legumes e passaram a servir-se pratos de opção para quem os preferisse em relação aos oferecidos pela ementa diária, numa tentativa de reduzir o número de alunos a almoçar no bufete.

- Avaliaram-se nutricionalmente os alunos.

- Realizaram-se colóquios dirigidos aos pais, encarregados de educação e alunos, subordinados à temática da obesidade infantil e a importância da alimentação saudável e da atividade física.

O problema orientador do estudo posterior foi: “ Qual é a prevalência e a incidência do excesso de peso e obesidade nos alunos do EJAF e que relação existe entre os seus hábitos (alimentares e de atividade física, o tempo usado a ver televisão, a usar o computador e a jogar usar consola) e as crenças e atitudes dos alunos e dos pais acerca do peso e alimentação saudável?”

Prevalência de excesso de peso e obesidade:

Os resultados revelaram que 31,7% dos alunos apresentava excesso de peso, dos quais 10,5% eram obesos. A prevalência do excesso de peso e obesidade era superior nos alunos mais novos apresentando uma variação entre 38,4% nos alunos do 5º ano e 21,7% nos alunos de 9º ano. As

raparigas apresentavam maior prevalência de excesso de peso (32,4% nas raparigas e 30,7% nos rapazes), porém, os rapazes eram mais obesos (9,5% nas raparigas e 11,6% nos rapazes). Estes resultados convergem com os de outros estudos realizados no nosso país (Matos, 2004; Padez *et al.*, 2004; Carmo *et al.*, 2006).

Atividade física

Quanto à prática de atividade física, 98,6% dos alunos do EJAF, desenvolviam Educação Física na escola, sendo que 81,6%, de 1 a 3 horas semanais (29,4% entre 1 a 2 horas por semana e 52,2% entre 2 a 3 horas). Nos intervalos das aulas, 63,1% dos alunos praticava atividade física moderada, sendo esta mais frequente entre os alunos mais jovens. O número de alunos que praticava desporto fora do contexto escolar era de 61%, destes, 55% entre 2 a 3 vezes por semana e 69,3% entre 1 a 2 horas diárias. O número de horas de prática de atividade física diária situa-se aquém das recomendações da *American Heart Association*, que indica 60 minutos diários de atividade física moderada a vigorosa (Gidding *et al.*, 2006).

Atividades de lazer

Os alunos gastavam mais tempo noutras atividades de lazer, nomeadamente, ver televisão, usar o computador ou jogar consola, do que na prática de atividade física. Cerca de metade dos alunos do EJAF despendia de uma hora diária em cada uma das seguintes atividades: ver televisão (52,6%) e usar o computador (52,7%). Jogar consola foi a atividade menos indicada pelos alunos, sendo que 46,2% referiu nunca ou quase nunca desenvolver esta atividade.

6. REFLEXÃO

Ambos os artigos analisados objetivavam conhecer a prevalência da obesidade, em populações escolarizáveis. Pretendiam ainda saber da relação entre os fatores ambientais, nomeadamente os comportamentais e a prevalência da patologia. Concluiu-se, convergindo os dados encontrados com os de outros estudos anteriormente realizados, que a obesidade é influenciada pelo fator ambiental. As alterações sociais verificadas nas últimas décadas, marcam de forma nefasta a saúde das populações, pelo enraizamento de novos estilos de vida. De acordo com o Portal da Saúde (2005b), de entre os fatores de risco que contribuem para o desencadear da obesidade, aponta-se o sedentarismo e a relação direta entre as horas gastas a ver televisão e a usar consola de jogos ou o computador. Muitas crianças, permanecem em casa, nos períodos pós escolares, inibidas de relações sociais, usando o computador e visionando televisão. A televisão funciona muitas vezes como companhia dos mais novos que se prendem a programas infantis e à publicidade. Para além do referido, a escolha e a preferência de produtos alimentares por parte de crianças e jovens é, segundo Magalhães (2008), influenciada pela televisão. Muita da publicidade, como sabemos, divulga produtos alimentares inadequados a um regime alimentar saudável. É de referir, ainda, que alguns estudos denotam a influência nefasta do hábito continuado do visionamento de televisão e utilização de computador e jogos de consola. Um deles, realizado nos EUA, com os dados do *National Health Examination Survey II*, numa amostra de 6 965 crianças entre os 6 e os 11 anos de idade, revelou, em média, que as crianças passavam semanalmente 24 horas a ver televisão. O estudo de Gortmaker *et al.* (1996), realizado em Boston, entre 1986 e 1990, com crianças entre 10 e 15 anos de idade, mostrou existir uma relação entre a prevalência de excesso de peso e o número de horas que passavam por dia a ver televisão. Segundo este estudo, as crianças que passavam mais

de cinco horas diárias assistindo a programas televisivos, apresentavam um risco superior de se tornarem obesas, quando comparadas com crianças que passavam, diariamente, entre zero a duas horas por dia. Segundo o estudo de Dennison, Erb e Jenkins (2002), as crianças que têm televisão no quarto apresentam um risco superior de obesidade. A insegurança instalada nas sociedades atuais motiva, seguramente, à permanência em casa e a estes comportamentos. Pedofilia, assaltos e raptos são episódios do quotidiano promotores de receio nos pais. Estes sentem os filhos mais seguros em casa, desenvolvendo atividades de entretenimento sedentárias, que envolvem menos riscos em relação às atividades que poderiam desenvolver na rua, brincando de forma não dirigida com amigos e colegas mas expostos aos perigos atrás referidos. Segundo Neto (s.d.), o tempo da aventura, do risco, da proximidade do espaço natural, deu lugar ao tempo planeado, uniformizado e organizado. Estas alterações implicaram o aumento do sedentarismo e o decréscimo do nível de autonomia das crianças, interferindo no seu desenvolvimento motor, social e emocional. Segundo David Bickham e Michel Rich (citados em Magalhães, 2008), os laços criados com a televisão, não serão mais do que o refletir de uma solidão durante a infância, onde muitas vezes as alternativas de ocupação de tempos livres em espaços exteriores são inexistentes. À luz da Convenção dos Direitos da Criança (CDC) (nº 1 do Artº 31º), os Estados-Partes reconhecem à criança o direito ao repouso e aos tempos livres e também o direito de participar em atividades recreativas e jogos adequados à sua faixa etária. Portugal, como Estado-Parte, tem responsabilidade na promoção de atividades lúdicas que motivem a práticas motoras agradáveis e abrangentes. Por ainda se encontrarem a crescer em altura e as necessidades energéticas irem aumentando com a idade, as crianças podem conseguir uma considerável redução na gordura sem reduzir o aporte calórico (Doak *et al.*, 2006). A prevenção e o tratamento parecem ser mais fáceis de efetivar em crianças do que em adultos. Referenciamos a adesão de Portugal, no ano letivo 2009/2010, ao Regime de Fruta Escolar (RFE), uma iniciativa subvencionada pela União Europeia que visa, através da distribuição gratuita de uma peça de fruta duas vezes por semana, reforçar práticas alimentares mais saudáveis bem como capacitar as crianças e famílias para o consumo de fruta em substituição de lanches de fraca qualidade alimentar. Esta iniciativa foi antecedida de legislação sobre normas gerais de alimentação nos refeitórios escolares e das recomendações para bufetes escolares, publicadas em 2007 (DGIDC, s.d.). Entendemos, contudo, que sem estruturas e recursos sólidos, com um deficitário *empowerment* dos diversos atores, dificilmente famílias e instituições efetivarão o percurso de promoção de estilos de vida promotores de saúde. É urgente a potenciação, o desenvolvimento de uma política de ação integrada pelas características epidémicas que a patologia apresenta. Esta política de combate à obesidade exige a integração de várias entidades, nomeadamente dos profissionais de saúde, educadores, legisladores e de entidades de responsabilidade social (Donohoe, 2007). Os dados divulgados nos estudos com jovens escolarizáveis, aliados à certeza de que a dicotomia Família-Escola concorre na formação individual, parece-nos necessária a efetiva implementação de um Programa Educativo, Escolar e Institucional no qual se desenvolvam estratégias para apoderamento de hábitos saudáveis: (1) educação alimentar para um regime adequado a cada faixa etária; (2) boa saúde física, através do aumento do número de aulas de Educação Física, da prática desportiva regular fomentando-se o desporto e atividade física ao ar livre; (3) interação voluntária em jogos coletivos e que fomentem um bom nível de sociabilização; (4) diminuição das horas despendidas a ver televisão (5) incentivo à diminuição da utilização de consolas de jogos; (6) regulação do fácil acesso das crianças a alimentos saudáveis nas escolas; (7) envolvimento da família na adoção de hábitos de vida saudáveis, uma vez que os maiores modelos para os filhos são os pais.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos, existem diferentes áreas de intervenção com vista à prevenção e redução da prevalência da obesidade nomeadamente, a melhoria dos hábitos alimentares, o aumento dos níveis de atividade física e a diminuição das atividades de lazer sedentárias, assim como intervenções ao nível das crenças, atitudes e comportamentos dos alunos e dos pais. Parece-nos que um efetivo combate à obesidade deverá visar e considerar diversas focalizações: (1) compromisso governamental; (2) implementação de estratégias abrangentes e atividades para a promoção da saúde; (3) medidas contextualizadas culturalmente; (4) salientar a enfatização do prazer proporcionado por uma dieta saudável e exercício físico; (5) construção de parcerias entre todos os interessados: governo, sociedade civil, setor privado, redes profissionais, meios de comunicação social e organizações internacionais, aos níveis nacional, regional e local; (6) prevenir as crianças e adolescentes da publicidade comercial nefasta e promover, através da comunicação social, a divulgação de comportamentos saudáveis; (7) ampliação do acesso a opções saudáveis, com apoio aos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos. A mudança de atitudes e comportamentos respeitantes à alteração de estilos de vida, é um processo que se apresenta difícil e lento. Para tal, parece-nos fundamental uma abordagem integrada que afete as várias dimensões das causas do problema.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., & Galvão Teles, A. (2006). Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity reviews*, 7, 233-237.
- (2) CDC – Centers for Disease Control and Prevention (s.d). Arquivo consultado em 28 de junho de 2010, a partir de <http://apps.nccd.cdc.gov/dnpabmi/Calculator.aspx?CalculatorType=Metric>.
- (3) Daviglus, M. L., Liu, K., Yan, L. L., Pirzada, A., Manheim, L., Manning, W., Garside, D. B., Wang, R., Dyer, A. R., Greenland, P., & Stamler, J. (2004). Relation of body mass index in young adulthood and middle age to Medicare expenditures in older age. *Jama*, 292, 2743-2749.
- (4) Dennison, B. A., Erb, T. A., & Jenkins, P. L. (2002). Television viewing and television inbedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics*, 109 (6), 1028-1035.
- (5) DGIDC - Direcção Geral de Desenvolvimento Curricular (s.d.). *Educação para a saúde. Alimentação e actividade física*. Arquivo consultado em 8 de setembro de 2010, a partir de http://www.dgdc.min-edu.pt/saude/Paginas/Alimentacao_Actividade-Fisica.aspx.
- (6) DGS - Direcção Geral de Saúde (s.d.). *A actividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar!* Arquivo consultado em 21 de maio de 2011, a partir de <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/FDB7388A-435E-4F65-BC1ABAC31B74EFD7/0/i009085.pdf>.
- (7) Donohoe, M. (2007). *Weighty matters: public health aspects of the obesity epidemic. Part I – Causes and health and economic consequences of obesity. Medscape Ob/Gyn and Women's Health* 2007. Arquivo consultado em 8 de junho de 2010, a partir de <http://www.medscape.com/viewarticle/566056>.

- (8) Doak, C. M., Visscher, T. L. S., Renders, C. M., & Seidell, J. C. (2006). The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obesity reviews*, 7, 111-136.
- (9) Ebbeling, C. B., Pawlak, D. B., & Ludwig, D. S. (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The lancet*, 360, 473-482.
- (10) Faria, F., & Bonito, J. (2009). Contributo para a definição de um projecto de intervenção contra o excesso de peso e a obesidade infantil no Externato João Alberto Faria. In J. Bonito (Coord.), *Educação para a saúde no século XXI: teorias, modelos e práticas* (pp. 135-149). Évora: Universidade de Évora.
- (11) Fisberg, M. (2004). *Actualização em obesidade na infância e na adolescência*. São Paulo: Editora Atheneu.
- (12) Gidding, S. S., Dennison, B. A., Birch, L. L., Daniels, S. R., Gilman M. W., Lichtenstein, A. H., Rattay, K. T., Steinberger, J., Steller, N., & Van Horn, L. (2006). Dietary recommendations for children and adolescents: a guide for practitioners. *Pediatrics*, 117(2), 544-559.
- (13) Gortmaker, L., Must, A., Sobol, A., Peterson, K., Colditz, G., & Dietz, W. (1996). Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-1990. *Arch pediatr adolesc med.*, 150 356-62.
- (14) IOTF (2005). *EU Platform on Diet, Physical Activity and Health: EU Platform Briefing Paper*. International Obesity Task Force, Brussels.
- (15) Kain, J., Uauy, R., Vio, F., & Albala, C. (2002). Trenes in overweight and obesity prevalence in chilean children: comparison of three definitions. *European journal of clinical nutrition*, 56, 200-204.
- (16) Lissau, I., Overpeck, M. D., Ruan, W. J., Due, P., Holstein, B. E., & Hediger, M.L. (2004). Body mass index and overweight in adolescents in 13 European countries, Israel, and the United States. *Archives pediatric adolescent medicine*, 158, 27-33.
- (17) Magalhães, L. (2008, Julho). Publicidade televisiva e obesidade infantil. *Observatorio journal*, pp. 205-227.
- (18) Matos, M. G. (2004). *Obesidade na adolescência*. Arquivo consultado em 21 de junho de 2011, a partir de <http://www.adexo.pt/pdf/adolescentes01.pps>.
- (19) Miller, J. L., & Silverstein, J. H. (2007). Management approaches for pediatric obesity. *Nature clinical practice endocrinology & metabolism*, 3(12), 810-818.
- (20) Neto, C. (s.d.). *A criança e o jogo: perspectivas de investigação*. Arquivo consultado em 21 de junho de 2011, a partir de http://www.drealg.min-edu.pt/upload/docs/ea/dsapeo_pes_art_1.pdf.
- (21) Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P., Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9 years old portuguese children. Trends in body mass index from 1972-2002. *American journal of human biology*, 16 670-678.
- (22) PCO - Plataforma Contra a Obesidade(s.d.). Livro Branco da Obesidade e Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade. Arquivo consultado consultado em 30 maio de 2011, a partir de <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?cttexto id=605&menuid=143&exmenuid=-1>.
- (23) Pereira, J., et al. (2000). *Prevalência e custos da obesidade em Portugal*. Monografia. Lisboa: ENSP/UNL

- (24) Portal da saúde (2005a). *Causas e consequências da obesidade*. Arquivo consultado em 17 de junho de 2009, a partir de <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/obesidade/causaseconsequenciasdaobesidade.htm>
- (25) Portal da saúde (2005b). *A actividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar*. Arquivo consultado em 17 de julho de 2011, a partir de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/FDB7388A-435E-4F65-BC1A-BAC31B74EFD7/0/i009085.pdf>.
- (26) UNICEF - United Nations Children's Fund (1989). *A convenção sobre os direitos da criança*. Arquivo consultado em 18 de dezembro de 2010, a partir de http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf/http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.
- (27) Ribeiro, S. (2008). *Obesidade infantil*. Tese de mestrado (inérita). Covilhã: Universidade da Beira Interior. Arquivo consultado em 18 de junho de 2011, a partir de <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/831/teseobesidadeinfanti.pdf>
- (28) Speiser, P. W., Rudolf, M. C. J., Anhalt, H., Camacho-Hubner, C., Chiarelli, F., Eliakim, A., Freemark, M., Gruters, A., Herskovitz, E., Iughetti, L., Krude, H., Latzer, Y., Lustig, R. H., Pescovitz, O. H., Pinhas-Hamiel, O., Rogol, A. D., Shalitin, S., Sultan, C., Stein, D., Vardi, P., Werther, G. A., Zadik, Z., Zuckerman-Levin, N., & Hochberg, Z. – Obesity Consensus Working Group (2005). Consensus statement: Childhood obesity. *The journal of clinical endocrinology & metabolism*, 90(3), 1871-1887. Arquivo consultado em 21 de junho de 2011, a partir de <http://jcem.endojournals.org/cgi/content/full/90/3/1871>.
- (29) WHO – World Health Organization (2006). *BMI classification*. Arquivo disponível em http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html. Consultado a 13 de Junho de 2010.
- (30) WHO – World Health Organization (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation on Obesity. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

ADOLESCÊNCIA E AS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

ADOLESCENCE AND FOOD DISORDER BEHAVIORS

Raquel Regalo¹, Sofia Campos²

¹ Instituto Piaget / raquelregalo@sapo.pt

² Escola Superior de Saúde de Viseu / sofiaic@iol.pt

RESUMO

Embora as Perturbações do Comportamento Alimentar sejam objeto de preocupação desde há vários anos, mantêm elevado interesse na atualidade, impulsionando uma contínua e abrangente investigação nesta área. É ao nível preventivo que se exige maior contributo, de forma a procurar intervir o mais precocemente possível. A etiologia das PCA não se encontra ainda totalmente clarificada, pelo que se tem sugerido uma interação entre fatores ambientais, sociais, familiares, predisposição psicológica, vulnerabilidade biológica e fatores associados ao próprio desenvolvimento e crescimento. A interação destes fatores ao longo do ciclo vital determina o curso e evolução das perturbações alimentares. De acordo com os autores supra citados, a insatisfação corporal, o impulso para a magreza e o perfeccionismo são cada vez mais frequentes na adolescência e têm sido referenciados em diversos estudos como sendo das variáveis psicológicas e comportamentais mais relacionadas com as Perturbações do Comportamento Alimentar. O objetivo desta investigação foi identificar e caracterizar perturbações do comportamento alimentar em adolescentes estudantes do ensino secundário do concelho de Viseu. Trata-se de um estudo transversal realizado com 458 estudantes. Os dados foram obtidos através de avaliação antropométrica, com aplicação do *Eating Disorders Inventory* e um questionário sócio-demográfico para caracterização dos participantes. Os resultados permitiram concluir que 23% (n=105) dos indivíduos estudados apresentam Perturbações do Comportamento Alimentar, sendo mais frequente no sexo feminino. Verificou-se ainda que os alunos que fazem ou fizeram, em algum momento, dieta têm uma maior predisposição para o desenvolvimento de Perturbações do Comportamento Alimentar.

Palavras-chave: Perturbações do Comportamento Alimentar, Adolescentes.

ABSTRACT

Although the Eating Disorders Behaviour have been of concern for several years now they have maintained high interest at present, driving a continuous and comprehensive research in this area. It is at a preventive level that requires more input in order to seek to intervene as early as possible. The etiology of EDB is not yet fully clarified, so it has been suggested an interaction between environmental factors, social, familial, psychological predisposition, and biological vulnerability factors related to self development and growth. The interaction of these factors throughout the life cycle determines the course and evolution of eating disorders.

According to the authors cited above, body dissatisfaction, the drive for thinness and perfectionism are increasingly common in adolescence and have been referenced in several studies as being among the more psychological and behavioral variables related to eating disorders. The aim of this research was to identify and characterize eating disorders in adolescent secondary school students in the county of Viseu. This is a cross-sectional study conducted with 458 students. Data were obtained through anthropometric evaluation with application of the Eating Disorders Inventory (EDI) and a questionnaire for socio-demographic characteristics of participants. The results showed that 23% ($n = 105$) of subjects studied have Eating Disorders, being more common in females. It was also found that students who have or had, at a certain moment of their lives, gone on a diet have a greater predisposition for the development of eating disorders.

Keywords: Eating Disorders, Adolescents.

1. INTRODUÇÃO

Costuma-se entender por adolescência a etapa que se estende dos 12, 13 anos até aproximadamente o final da segunda década da vida. Trata-se de uma etapa de transição, na qual não se é mais criança, mas ainda não se tem o *status* de adulto. É aquilo que Erikson chamou de uma “moratória social”, um compasso de espera que a sociedade oferece aos seus membros jovens, enquanto se preparam para exercer papéis adultos (Coll, Palácios & Marchesi, 1995).

Nesta linha de pensamento, Fonseca (2005) define a adolescência como uma etapa de desenvolvimento com características próprias e tarefas bem definidas. Nela ocorrem alterações fundamentais de ordem biológica (comandadas pela puberdade, que irá influenciar o surto de crescimento e as diversas transformações a nível do corpo); cognitiva (capacidade em elaborar raciocínios cada vez mais complexos); psicológica (desenvolvimento da autonomia e construção da identidade) e social (transição para o desempenho de novos papéis). A autora acrescenta ainda que apesar destas alterações serem universais, o contexto em que se desenvolvem é diferente, sofrendo por isso influência cultural, sócio-económica, exercendo uma influencia determinante no desenvolvimento do adolescente.

De acordo com Morgan, Vacchiatti e Negrão (2002) o aumento da gordura corporal em adolescentes requer uma reorganização da imagem corporal e pode reforçar preocupações com o peso, favorecendo o início das dietas muito restritivas. Além disso, muitos comportamentos relevantes para a saúde são efetivamente iniciados nesta época de vida, nomeadamente a atividade sexual, as escolhas alimentares, de exercício físico, consumo de drogas e condução de veículos.

As perturbações do comportamento alimentar não se pautam apenas pelo desejo de melhorar o aspeto físico. São doenças cuja procura activa em reduzir o peso, é central e dominante em relação a todas as atividades do doente (Rosensztein e Treasure, 1998). Trata-se de doenças psicológicas causadas por uma mistura complexa de fatores, nomeadamente fatores genéticos e biológicos, doenças psicológicas, pressões familiares e culturais (APA, 2006) e que afetam principalmente mulheres.

Relativamente à prevalência das PCA, de acordo com Dixe (2007), embora os estudos se mostrem muito díspares, existem alguns dados que se têm revelado consistentes. Em primeiro lugar, a prevalência da anorexia nervosa é menos frequente que a bulimia nervosa e o início daquela é em idades mais recentes comparada com a bulimia nervosa.

De acordo com a mesma autora, a anorexia nervosa apresenta uma prevalência de 0,5% a 1%, sendo que mais de 90% dos casos surge no sexo feminino. Relativamente à idade de ocorrência da anorexia nervosa estende-se dos 10 aos 25 anos, embora se possam encontrar casos antes ou depois. O diagnóstico em diversos estudos é realizado entre os 13 e os 14 anos ou entre os 15 e os 19 anos.

Os estudos para a prevalência da bulimia nervosa, na população geral, apontam para 1% e 3%, embora este valor possa ser inferior à realidade, uma vez que os indivíduos com perturbações do comportamento alimentar se recusam a participar em estudos epidemiológicos (Dixe, 2007).

Estudos recentes realizados com amostras nacionais representativas indicam uma prevalência de 0,39% para a Anorexia Nervosa e 0,30 % para a Bulimia Nervosa e 3,06% para a PSC Sem Outra Especificação, em mulheres entre os 15 e os 18 anos (Machado, Machado, Gonçalves e Hoek, 2007 cit. por Vaz, Conceição e Machado, 2009).

Parece consensual que as PCA ocorrem mais frequentemente em adolescentes, sendo a maioria do sexo feminino. Porém as preocupações pelo aspeto físico por parte dos rapazes tem crescido de uma forma notável e, a ser verdade que a existência de anorexia a bulimia ser menor no sexo masculino, devemos estar atentos à evolução destas tendências masculinas, devido aos novos padrões estéticos que vigoram atualmente para o género (Pocinho, 2000).

Em relação à etiologia das Perturbações do Comportamento Alimentar, e comparativamente a um vasto número de outras patologias físicas e psicológicas, não se encontra totalmente clarificada, pelo que a tónica tem sido colocada na interação entre fatores ambientais, familiares, predisposição psicológica, vulnerabilidade biológica e fatores associados ao desenvolvimento e crescimento. Desta interação complexa ao longo do ciclo vital surgem as determinantes para o curso e evolução das Perturbações do Comportamento Alimentar (Trindade, Santos, Fernandes, Santo, Andrade e Nunes, 2005).

De acordo com os autores supra citados, realizando uma pesquisa em vários artigos de diversos autores acerca do tema enunciam as variáveis psicológicas e comportamentais relacionadas com as Perturbações do Comportamento Alimentar: insatisfação corporal, ineficácia e inadequação, perfeccionismo, alienação e relutância em estabelecer relacionamentos próximos, confusão e falta de confiança relativamente à afetividade e funções corporais, medo da maturidade, fraca capacidade de controlo dos impulsos e convicção de que as relações sociais são inseguras e causam desilusão, autodestruição, abuso no consumo de substâncias, automutilação e roubo.

A dieta é também um ponto de partida comum para as Perturbações do Comportamento Alimentar, tendo sido por isso questionada no instrumento sóciodemográfico realizado na investigação. Indivíduos que realizam dietas muito restritivas apresentam um risco de desenvolver Perturbações do Comportamento Alimentar de 18 e 5 vezes superior ao dos indivíduos que não praticam dieta (Trindade et. al, 2005).

É comumente aceite na comunidade científica que a etiologia das PCA é complexa, multifactorial e envolve fatores biológicos, psicológicos e socioculturais (Bouça e Sampaio, 2002, Fairburn e Harrison, 2003, Pinto-Gouveia, 2000, Schmidt, 2002, 2005).

Contudo, vários fatores com potencial importância etiológica no desenvolvimento das Perturbações do Comportamento Alimentar têm vindo a ser investigados e asseguram explicações parciais de algumas características evidenciadas nestas perturbações. Nos países Ocidentais a pressão exercida pelo corpo social em favor da magreza confina com a tirania. Para as feministas, o atual estado das coisas é claro: esta obrigação imposta à mulher de se conformar a um determinado modelo

corporal, obrigação essa que transita pelos *media*, é responsável pelo desenvolvimento da Bulimia e Anorexia (Apfeldorfer, 1997).

Neste domínio, entre os determinantes do comportamento alimentar reconhece-se na atualidade a elevada pressão cultural para a magreza e a necessidade de evitar a obesidade. Em consequência verificam-se comportamentos de preocupação com o peso, com a imagem corporal, levando a restrições alimentares e dietas.

Na atualidade, a internet converteu-se num meio de informação fundamental. Exemplo disso, são os *sites* de apoio a indivíduos portadores de uma PCA, que se converteram num movimento de apoio e sentido de identidade e pertença a um grupo.

Também a comunicação social, na forma da televisão, desempenham um papel importante na divulgação e massificação de corpos magros como padrão social de beleza. A este nível, Pinto-Gouveia (2002) considera que especialmente importante como fator de risco para o desenvolvimento dos distúrbios alimentares é a mensagem implícita em muitas publicidades: a ideia de que a beleza é uma questão de esforço e autodisciplina, e que um corpo belo, e o sucesso que supostamente lhe está associado, estão ao alcance de qualquer mulher.

O impacto do estereótipo da aparência física no desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar assenta sobretudo na crença de que os indivíduos magros e fisicamente atraentes possuem um conjunto de características que os tornam mais felizes e melhor aceites pelos outros. Por outro lado, as mulheres tendem a tornar-se as maiores vítimas desta crença, levando-as a percecionarem a sua aparência física como um elemento central da sua qualidade de vida (Pinto-Gouveia, 2000).

De todos os fatores causais a insatisfação com a imagem corporal é considerada como a variável mais relevante e como o antecedente mais imediato (Ayensa, Grima e Garrido, 2002).

A importância da imagem corporal tem sido confirmada através de estudos longitudinais em populações de risco, tendo-se verificado que a imagem corporal é o melhor preditor de flutuações na sintomatologia das Perturbações do Comportamento Alimentar ao longo do tempo (Kille e col., 1994 cit. por Ferreira, 2003).

De acordo com Marques (2007), os indivíduos com transtornos alimentares, mais do que problemas com o corpo, têm essencialmente problemas na forma como o avaliam, sentem e vivem. Braconnier e Marcelli (2000, cit. por Marques, 2007) acrescentam que os adolescentes sentem inquietação sobre as diferentes partes do corpo e eventuais receios de tipo dismorfofóbico, o que as leva a vigiar o seu corpo.

Também a dieta alimentar com o objetivo de emagrecer é o fator precipitante mais frequente, aumentando em cerca de 18 vezes mais o risco para o desenvolvimento das Perturbações do Comportamento Alimentar. Contudo, a presença isolada da dieta não constituiu por si só um fator de risco, precisando interagir com outros fatores já descritos anteriormente e que foram alvo de medição na amostra. Por outro lado, a restrição alimentar favorece o aparecimento das compulsões/purgações da Bulimia Nervosa. Algumas pessoas em restrição alimentar conseguem aumentar cada vez mais a restrição sem ter compulsões e desta forma instala-se a desnutrição, aumento a distorção da imagem corporal, o medo de engordar e o desejo de emagrecer, perpetuando assim a Anorexia Nervosa (Morgan, Vacchiatti e Negrão, 2002).

De acordo com a investigação levada a cabo por Marques (2007) numa amostra de adolescentes, existe uma percentagem de indivíduos que reduzem para metade a quantidade de comida, tendo como objetivo a perda de peso. Do ponto de vista das perturbações do comportamento alimentar estes valores podem ser expressivos, uma vez que induzem a condutas dietantes que levam, muitas

vezes, os indivíduos a perder o controlo deixando de ter a noção se esta perda de peso é ou não prejudicial à saúde.

A finalidade deste estudo foi identificar e caracterizar perturbações do comportamento alimentar em adolescentes estudantes do ensino secundário do concelho de Viseu.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para a constituição da amostra, foram selecionadas escolas do ensino secundário. A recolha foi efetuada após autorização formal dos diretores dos estabelecimentos de ensino em 2 instituições públicas (Escola Secundária de Emídio Navarro e Escola Secundária Alves Martins). Tratou-se de uma amostra de conveniência por sujeitos disponíveis.

A amostra ficou então constituída por 458 alunos - 269 do sexo feminino (58,7%) e 189 do sexo masculino (41,3%) - com idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos de duas escolas secundárias da cidade – Escola Secundária de Emídio Navarro ($n = 174$; 38%) e Escola Secundária Alves Martins ($n = 284$; 62%).

Em relação à idade dos participantes, constata-se através da Tabela 6 que, varia dos 15 aos 20 anos, sendo que 97 (21,2%) se encontram na faixa dos 15 anos, 134 (29,3) pertencem à dos 16 anos, 136 (29,7%) à dos 17 anos, 73 (15,9%) encontram-se na faixa dos 18 anos, 14 (3,1%) na dos 19 anos e apenas 4 (9%) indivíduos têm 20 anos.

Da amostra total, 173 (37,8%) jovens frequentam o 10º ano, 144 (30,8%) encontram-se no 11º ano e 144 (31,4%) integram o 12º ano. Quatrocentos (91,5%) dos participantes referem viver com os pais durante o período de aulas, tendo os restantes 39 (8,5%) declarado que vivem sem os progenitores neste período.

Quanto à questão relativa à dieta alimentar, 70 alunos (15,3%) faz atualmente dieta, enquanto os restantes 388 (84,7%) não fazem dieta no momento atual. Contudo, 144 (31,4) declara já ter feito dieta anteriormente e os outros 314 (68,6%) alunos referem nunca ter feito dieta antes.

Foi utilizado um protocolo de investigação constituído pelo *Eating Disorders Inventory* e por um questionário sóciodemográfico que, do ponto de vista da literatura, tem sido o mais utilizado neste domínio e que melhor serve os nossos objetivos (Fairburn et al., 2007; Machado et. al, 2004; Machado et.al., 2007). Paralelamente, aquele instrumento tem sido adotado em estudos com a população portuguesa, podendo contribuir para uma melhor comparabilidade dos resultados obtidos.

O *Eating Disorders Inventory* (EDI) é um dos instrumentos amplamente utilizados para avaliar as características psicológicas e comportamentais associadas aos distúrbios alimentares. Este inventário foi construído com o objetivo de medir sintomas vulgarmente associados à Anorexia Nervosa, à Bulimia e aos Distúrbios de Personalidade que se consideram centrais no desenvolvimento de Distúrbios Alimentares (Ferreira, 2003). Trata-se de um instrumento desenvolvido por Garner (1983), sendo a versão portuguesa de Machado, Gonçalves, Martins e Soares (2001). Esta escala avalia a dimensão comportamental e psicológica das Perturbações do Comportamento Alimentar facultando um perfil fidedigno do sujeito o que permite a sua utilização como medida de diagnóstico. A escala possui 64 itens divididos em 8 subescalas, sendo que três das quais avaliam atitudes e comportamentos relativamente ao peso, alimentação e forma corporal (Procura da Magreza, Bulimia, Insatisfação Corporal). As outras cinco subescalas medem os traços ou características psicológicas de sujeitos com Perturbação do Comportamento Alimentar

(Ineficácia, Perfeccionismo, Desconfiança Interpessoal, Consciência Introeptiva, Medo da Maturidade).

De acordo com os autores o ponto de corte para o *score* total do EDI é de 43.

Relativamente às características psicométricas, foram avaliadas por Machado e colaboradores, sendo que a escala demonstrou características ajustadas. A análise da consistência interna mostra coeficientes *alpha* de *Cronbach* de 0,93 para a escala total, com variações de 0,69 a 0,91 para as diferentes subescalas (Ferreira, 2003). O quadro que se segue apresenta os coeficientes por subescala.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As Perturbações do Comportamento Alimentar não se caracterizam apenas por hábitos alimentares desadequados, desejo de emagrecer ou ter um corpo magro. Efetivamente, a procura em reduzir o peso é central e dominante relativamente a todas as restantes atividades da vida destes indivíduos. Os diversos aspetos da sua vida, o seu estado emocional, as suas relações sociais, as suas competências cognitivas, bem como o seu desempenho físico permanecem suspensos e subordinados ao desejo obsessivo em obter os resultados esperados, quer perante o espelho, quer perante a balança (Rosensztejn e Treasure, 1998).

As Perturbações do Comportamento Alimentar foram avaliadas neste estudo, através do EDI para dar resposta à hipótese formulada. Esta pretendia determinar qual a proporção de alunos que apresenta perturbações do comportamento alimentar.

Os resultados encontrados demonstram que existe um elevado número de alunos com Perturbações do Comportamento Alimentar, isto porque os autores da escala consideram que valores superiores a 43 são reveladores de patologia. Assim, como podemos observar na Tabela 1, 107 alunos apresentam distúrbio do comportamento alimentar (23%) enquanto que 351 (77%) não apresentam distúrbio alimentar. Esta diferença é estatisticamente significativa, o que vai ao encontro da nossa H1 que afirmava que existem diferenças estatisticamente significativas entre os alunos com PCA e os sem PCA.

Este resultado é corroborado pela opinião de Pinto-Gouveia (2000) ao sugerir que as Perturbações do Comportamento Alimentar se iniciam cada vez mais cedo (14 anos) e em períodos de transição da infância para a adolescência.

Tabela 1: Frequência e percentagem relativa ao Diagnóstico de Perturbação do Comportamento Alimentar

<i>Instrumento</i>	<i>Método</i>	<i>Grupo</i>	<i>N</i>	<i>Proporção Observada</i>	<i>Proporção Testada</i>	<i>p</i>
EDI	Teste Binomial	1 (Sem PCA)	351	0,77	0,50	0,000
		2 (Com PCA)	107	0,23		

As Perturbações do Comportamento Alimentar, tal como anteriormente foi referido, são doenças complexas, multideterminadas, de etiologia desconhecida na globalidade e que ocorrem predominantemente no sexo feminino (APA, 2006).

Nesta investigação constatou-se que é o sexo feminino que procura mais a magreza e em consequência apresenta maior preocupação com o peso e com as dietas. Cada vez mais os ideais de beleza e de atração física parecem estar relacionados com a magreza. As mulheres tendem a

percecionar a sua aparência física como um elemento central da sua qualidade de vida, sendo que a crença social de sucesso no feminino se associa à magreza e à contenção alimentar (Ferreira, 2003). Desta forma, ser magra e fazer dieta asseguram a identidade feminina.

No entanto, de acordo com Thlps e Wilczenski (1993 cit por Marques, 2007) não se pode encarar a pressão social para a magreza a única responsável pela insatisfação com o peso, uma vez que também está associada a fatores psicológicos, nomeadamente sentimentos de insegurança e falta de afirmação social. Esta perspetiva vai ao encontro dos nossos resultados, uma vez que também para o sexo feminino se verificaram resultados significativos ao nível de sentimentos de ineficácia e medo introceptivo, tal como podemos verificar na Tabela 2.

Relativamente aos comportamentos bulímicos avaliados, verificaram-se resultados mais elevados para o sexo masculino, ou seja é neste grupo que se verifica o maior envolvimento em episódios de sobrealimentação com perda de controlo. Os resultados encontrados não podem ser corroborados pela maioria dos estudos da área, uma vez que valores mais elevados de bulimia se associam, na sua maioria, ao sexo feminino. Tal facto pode ser explicado, uma vez que também no sexo masculino se assiste a uma progressiva preocupação com a imagem corporal e alteração dos ideais de beleza. Pocinho, já em 2000, referia que se deve estar atento à evolução das tendências masculinas, devido aos novos padrões estéticos que vigoram atualmente para o género.

Numa perspetiva um pouco distinta, Russell considera que existe uma taxa elevada de comportamentos bulímicos no sexo masculino. Acrescentando ainda que para se chegar a estas conclusões, não se pode olhar apenas para os registos clínicos, uma vez que os homens não admitem a doença, escondem-na e não se queixam do seu distúrbio alimentar. Na mesma linha de pensamento, um estudo de Damasceno, Lima, Vianna e Novaes (2005, cit. por Alves, Pinto, Alves, Mota, Lirós, 2009) tendo como objetivo quantificar o tipo físico ideal e também verificar o nível de insatisfação com a imagem corporal de um grupo praticante de caminhadas, verificou que os homens preferem corpos mais fortes e volumosos e com baixo percentual de gordura, enquanto as mulheres desejam corpos mais magros e menos volumosos. Desta forma, constataram que não existem diferenças entre os géneros, uma vez que em ambos existe insatisfação corporal.

Também em 2002, Labre investigou o ideal de beleza nos homens, tendo concluído que existe uma tendência para o padrão cultural musculoso com elevado grau de hipertrofia e níveis baixos de gordura, fazendo denotar a preocupação, entre o sexo masculino, com a imagem corporal e o peso. O sexo masculino apresenta ainda valores mais elevados, quando comparado com o sexo feminino, no que concerne à variável perfeccionismo. Assim, manifestam a crença de que só as realizações superiores são aceitáveis e as esperadas para os outros.

Tabela 2: Diferença de médias em função do sexo

	Mean Rank		Mann-Whitney	p
	Masculino	Feminino		
<i>Procura da Magreza</i>	180,94	263,62	16242,000	0,000
<i>Bulimia</i>	245,54	218,23	22388,500	0,012
<i>Insatisfação Corporal</i>	166,03	274,10	13424,000	0,000
<i>Ineficácia</i>	204,83	246,83	20758,500	0,001
<i>Perfeccionismo</i>	256,13	210,79	20388,000	0,000
<i>Desconfiança Interpessoal</i>	233,93	226,39	24583,000	0,544
<i>Medo Introceptivo</i>	215,75	239,16	22821,500	0,058
<i>Medo Maturacional</i>	215,01	239,68	22681,500	0,048
<i>EDI Total</i>	201,21	249,38	20074,000	0,000

Com vista a alcançar uma efetiva satisfação com a imagem corporal, ou seja corresponder aos ideais estéticos da cultura de pertença, recorre-se a dietas, ao exercício físico exagerado, uso de diuréticos, laxantes, entre outros.

Ao longo dos tempos tem-se afirmado e reafirmado que os indivíduos com distúrbios alimentares sofrem de distorção de imagem corporal, concebendo o seu corpo ou determinadas partes como sendo maiores, mais volumosas ou mais desproporcionadas. Esta preocupação e insatisfação corporal são então extrapoladas para a conduta que pode ir desde o isolamento social ao interpessoal, da simples dieta ou até mesmo até à redução drástica da ingestão de alimentos (Pocinho, 2000).

Analizando a Tabela 3, verificamos ainda que os alunos que já fizeram dieta em algum momento, comparativamente aos que nunca fizeram, tendem a procurar mais a magreza (manifestam preocupação excessiva com as dietas e com o peso); maior insatisfação com o corpo (preocupação excessiva com o tamanho do corpo); ineficácia (sentimento geral de insegurança, baixa autoestima e perda de controlo sobre a própria vida); medo introceptivo (apreensão no reconhecimento e na resposta adequada a diferentes estados emocionais) e medo maturacional (desejo de recuperação da segurança vivenciada na infância). O resultado apresentado na escala total indica que os alunos que já praticaram dieta alimentar em algum momento estão mais predispostos ao desenvolvimento de PCA.

Tabela 3: Diferença de médias em função de alguma vez ter feito dieta

	<i>Mean Rank</i>		<i>Mann-Whitney</i>	<i>p</i>
	<i>Já fez dieta</i>	<i>Nunca fez dieta</i>		
<i>Procura da Magreza</i>	326,59	184,97	8627,000	0,000
<i>Bulimia</i>	241,17	224,15	20927,000	0,139
<i>Insatisfação Corporal</i>	315,33	190,14	10249,000	0,000
<i>Ineficácia</i>	264,65	213,38	17547,000	0,000
<i>Perfeccionismo</i>	245,51	222,16	20302,000	0,078
<i>Desconfiança Interpessoal</i>	241,81	223,85	20835,000	0,173
<i>Medo Introceptivo</i>	267,70	211,98	17107,500	0,000
<i>Medo Maturacional</i>	254,17	218,18	19055,000	0,007
<i>EDI Total</i>	305,44	194,67	11672,500	0,000

Nesta investigação, e relativamente à dieta alimentar, o valor encontrado é revelador de algum significado. Para todas as variáveis comparadas, à exceção da bulimia e desconforto interpessoal, se verificam diferenças estatisticamente significativas. Os resultados da Tabela 4 permitem constatar que os alunos que fazem dieta, comparativamente aos que não fazem, tendem a procurar mais a magreza (manifestam preocupação excessiva com as dietas e com o peso); maior insatisfação com o corpo (preocupação excessiva com o tamanho do corpo); ineficácia (sentimento geral de insegurança, baixa autoestima e perda de controlo sobre a própria vida); perfeccionismo (crença de que só as realizações superiores são aceitáveis); medo introceptivo (apreensão no reconhecimento e na resposta adequada a diferentes estados emocionais) e medo maturacional (desejo de recuperação da segurança vivenciada na infância). O resultado apresentado na escala total indica que os alunos que praticara dieta alimentar estão mais predispostos ao desenvolvimento de PCA.

De acordo com Herscovici (1997 cit. por Marques, 2007) o comportamento de fazer dieta pode desencadear perturbações do comportamento alimentar quando associada a outros fatores. Também é destacado por Morgan, Vacchiatti e Negrão, (2002) que a dieta alimentar com o objetivo

de emagrecer é o fator precipitante mais frequente, aumentando em cerca de 18 vezes mais o risco para o desenvolvimento das Perturbações do Comportamento Alimentar.

A interpretação destes resultados leva a considerar que alguns alunos vivem numa preocupação constante para perder peso. De acordo com a revisão teórica efetuada, a pressão exercida pelos pares e o desejo de se compararem a modelos difundidos pelos *media* são factores fortemente associados às preocupações com o peso, e consequentemente aos comportamentos de dieta. Além disso, o hábito de fazer dieta poderá ser resultado da influência cultural própria de países desenvolvidos, como é o caso dos ocidentais, ao promover e valorizar socialmente a mulher magra.

Os resultados do nosso estudo, são ainda consistentes com a investigação realizada por Marques (2007) numa amostra de adolescentes, na qual conclui que existe uma elevada percentagem de indivíduos que reduzem para metade a quantidade de comida, tendo como objetivo a perda de peso. Do ponto de vista das perturbações do comportamento alimentar estes valores podem ser expressivos, uma vez que induzem a condutas de dieta que levam, muitas vezes, os indivíduos a perder o controlo deixando de ter a noção se esta perda de peso é ou não prejudicial à saúde.

Tabela 4: Diferença de médias em função da prática atual de dieta alimentar

	<i>Mean Rank</i>		<i>Mann-Whitney</i>	<i>p</i>
	Faz atualmente dieta	Não faz atualmente dieta		
<i>Procura da Magreza</i>	364,12	205,21	4156,500	0,000
<i>Bulimia</i>	247,54	226,24	12317,000	0,152
<i>Insatisfação Corporal</i>	343,79	208,88	5579,500	0,000
<i>Ineficácia</i>	282,42	219,95	9875,500	0,000
<i>Perfeccionismo</i>	263,24	223,41	11318,500	0,020
<i>Desconfiança Interpessoal</i>	241,90	227,26	12712,000	0,389
<i>Medo Introceptivo</i>	266,94	222,74	10959,000	0,009
<i>Medo Maturacional</i>	273,81	221,51	10478,500	0,002
<i>EDI Total</i>	330,76	211,23	6491,500	0,000

4. CONCLUSÃO

No que concerne aos resultados encontrados constatou-se que, de forma geral, é o sexo feminino que procura mais a magreza e se encontra mais insatisfeita com a sua imagem corporal, apresentando por isso também mais comportamentos de dieta. Contudo, também no sexo masculino é possível verificar uma preocupação com a aparência física, apresentando mesmo mais comportamentos bulímicos relativamente ao sexo feminino.

A realização deste estudo pressupõe ainda algumas considerações finais acerca da metodologia utilizada, particularmente a seleção da amostra e os instrumentos de recolha de dados. Uma das limitações apontadas prende-se com a validade externa, salientando o cuidado que se deve ter na comparação dos resultados. Devemos aqui salientar que os dados obtidos não são passíveis de generalização a outras populações, uma vez que a seleção da amostra não foi submetida a um processo de amostragem aleatório.

Finalmente, julgamos que o trabalho apresentado nesta investigação constitui o primeiro passo para se alertar para a necessidade de se implementarem programas de prevenção destes quadros clínicos em alunos com idades cada vez mais baixas e em períodos considerados críticos, como o início da adolescência. Diante do exposto, é de extrema importância repensar o papel que as escolas devem ter na educação para a saúde. A implementação de programas de educação e prevenção nas

escolas, em idades cada vez mais precoces, pode contribuir para que se reduzam os excessos a que assistimos hoje.

Que nos seja ainda permitido salientar alguns aspetos positivos que pensamos existirem nesta investigação: do nosso conhecimento, a amostra é equivalente em termos de sexo, uma vez que quase todos os estudos anteriores, apenas fornecem os dados do sexo feminino, apesar de todos os seus autores alertarem para o acréscimo de PCA no sexo masculino.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) American Psychiatric Association. (2006). *DSM-IV-TR*. (4ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- (2) Apfeldorfer, G. (1997). *Como logo existo – Excesso de peso e perturbações do comportamento alimentar*. Lisboa: Edições Piaget.
- (3) Coll, C. ; Palacios, J. & Marchesi, A. (1995). *Desenvolvimento Psicológico e Educação – Psicologia Evolutiva*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- (4) Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- (5) Feereira, C. (2003). *Anorexia Nervosa – A expressão Visível do Invisível*. Dissertação de Mestrado: Coimbra.
- (6) Marques, A.G. (2007). *Comportamentos e Distúrbios Alimentares*. Coimbra: Formasau.
- (7) Ayensa, J.I.B., Grima, F.G., Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 439-450.
- (8) Bouça, D., & Sampaio, D. (2002). Avaliação clínica das doenças do comportamento alimentar. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4 (2), pp. 121-133.
- (9) Dixe, M.A. (2007). Prevalência das Doenças do Comportamento Alimentar. *Análise Psicológica*, 4, pp. 559-569.
- (10) Fairburn, C.G., & Bohn, K. (2005). Eating disorders NOS (EDNOS): an example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43, pp. 691-710.
- (11) Fairburn, C.G., & Harrison, P.J. (2003). Eating Disorders. *The Lancet*, 361 (1), pp. 407-416.
- (12) Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, pp. 509-528.
- (13) Lobo, M., Pires, Z., Fernandes, S., & Mendes, S. (2008). Ser Ana, Ser Mia – A Internet e as Perturbações do Comportamento Alimentar. *Revista de Informação e Divulgação Científica do NDCA*, 11, 23-25
- (14) Machado, P.P., Gonçalves, S., Martim, C., & Soares, I. (2001). The Portuguese Version of the Eating Disorders Inventory: Evaluation of its Psychometric Properties. *European Eating Disorders Review*, 9, 43-52.
- (15) Morgan, C.M., Vecchiatti, I.R., & Negrão, A.B. (2002). Etiologia dos Transtornos Alimentares: aspetos biológicos, psicológicos e sócio culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 18-23.

- (16) Pinto-Gouveia, J. (2000). Fatores etiológicos e desenvolvimentais nos distúrbios alimentares. In: Soares (ccord.). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajetórias (In)Adaptativas ao Longo da Vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
- (17) Rosensztein, R., & Treasure, J. (1998). Transtornos da alimentação: um desafio ao profissional de saúde. *Adolescência Latino Americana*, 1, 139-147.
- (18) Russell, G. (2005). Os Distúrbios Alimentares estão na Moda. *Revista de Informação e Divulgação Científica do NDCA*, 6, 55-59.
- (19) Schmidt, U. (2005). Epidemiology and etiology of eating disorders. *Psychiatry*, 4, pp.5-9.
- (20) Vaz, A.R., Conceição, E.M., & Machado, P.P. (2009). A abordagem cognitivo comportamental no tratamento das perturbações do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 2, pp. 189-197.

DIFICULDADES NO CUMPRIMENTO DA DIETA: O CASO DA CRIANÇA QUE FREQUENTA A CONSULTA DE OBESIDADE INFANTIL DO HESE-EPE

DIFFICULTIES IN DIETARY COMPLIANCE - THE CASE OF CHILD ATTENDING CHILDHOOD OBESITY CONSULTATION IN HESE-EPE

Maria Antónia Chora¹; Felismina Mendes²

1ESESJD - Universidade Évora / mafcc@uevora.pt

2ESESJD - Universidade Évora/CIES-ISCTE-IUL. fm@uevora.pt

RESUMO

Neste artigo serão apresentados dados preliminares de um estudo em curso conducente à realização de uma tese de doutoramento, cujo tema é "*A intervenção precoce no jovem obeso*". O estudo está a ser efetuado com todas as acompanhantes das crianças que frequentam a consulta de obesidade infantil do Hospital Espírito Santo de Évora e que é frequentada por todas as crianças que vêm referenciadas do médico de família de todo o Alentejo. **OBJETIVO:** Analisar as alterações dos hábitos alimentares das crianças/jovens seguidos na consulta de obesidade infantil das consultas externas do HESE-EPE e analisar os saberes dos acompanhantes desses mesmos jovens.

MÉTODOS: Efetuamos um estudo descritivo, exploratório no qual aplicamos uma abordagem quantitativa e uma abordagem qualitativa. Encontra-se a ser aplicado um questionário aos acompanhantes das crianças obesas e efetuam-se entrevistas focus grupos com os grupos que previamente é contactado telefonicamente e colaboram no estudo.

RESULTADOS: Os resultados obtidos até ao momento evidenciam uma preferência por certos alimentos em detrimento de outros. Verificam-se igualmente dificuldades por parte dos inquiridos em explicitarem as quantidades de alimentos ingeridos. Paralelamente, nas entrevistas *focus* grupos realça-se a preocupação dos pais pela excessiva quantidade de alimentos que as crianças desejam ingerir, sempre acima das doses normais para a sua idade.

CONCLUSÃO: O trabalho ainda está em curso e por isso, como foi referido, apenas apresentamos dados parciais. Apesar disso podemos referir que os dados já analisados revelam que as crianças e os seus acompanhantes sabem o que podem e o que devem comer, mas evidenciam não serem essas as suas práticas. Em relação à intervenção no grupo focal (que obteve uma grande adesão por parte dos pais/accompanhantes) salienta-se a importância atribuída pelos pais ao facto de os filhos não ingerirem apenas alimentos "proibidos" e ao esforço e dificuldade das crianças no cumprimento da dieta prescrita. Ressalta ainda a importância que assumem as estratégias que ajudem a diminuir as quantidades de alimentos pelas crianças e que ajudem os pais a dizerem aos filhos "não comes mais".

Palavras Chave: Obesidade infantil, hábitos alimentares.

ABSTRACT

This summary presents preliminary data from the ongoing study leading of the doctoral thesis, whose theme is "Early intervention in young obese." The study is being performed on all children

followers that attend to the consultation of childhood obesity in Hospital do Espírito Santo of Évora, which is frequented by all the children who are referred from their family doctor in Alentejo.

OBJECTIVE: Evaluate the changes that have occurred in eating habits of children and young people followed by consultation of childhood obesity in the HESE-EPE and also analyze the knowledge of the Children followers.

METHODS: we perform a descriptive, exploratory study and we used a quantitative and qualitative approach. It is being applied a questionnaire to obese children followers and also interviews that shall be conducted focus groups with groups that previously we have phoned and agree to collaborate in the study.

RESULTS: So far the results obtained show a preference for certain foods over others. There are also difficulties, by the respondents, explaining the amount of food that they have eaten. In parallel, the interviews focus groups highlights the parents concern for the excessive amount of food that children want to eat, always above the normal dose for the age.

CONCLUSION: The work is still ongoing and therefore, as mentioned above, we only present partial data. Nevertheless we can say that the analyzed data reveal that children and their followers know what they can and should eat, but they don't practice it. Regarding the intervention in the focus group (which received a great support from parents / followers) we underline the importance attributed by parents to the fact that the children not only eat "forbidden" food and their effort and difficulty to follow the prescribed diet. Pointed out the importance in the strategies that help to reduce the quantities of food for the children and help parents tell their children "do not eat more."

KEY WORDS: Childhood obesity, eating habits

1. INTRODUÇÃO

A estimativa da *International Obesity Task Force* (IOTF) é que existam no mundo pelo menos 155 milhões de crianças, em idade escolar, com sobrepeso ou obesas (IOTF, 2005). Portugal é um dos países europeus que apresenta maior prevalência de crianças com excesso de peso e obesidade (Yngve,1998; Padez,2002, Ferreira,2008). Neste artigo, apresentam-se os resultados preliminares do estudo em curso, no âmbito do projeto de doutoramento, sobre a obesidade infantil. O estudo centra-se nos acompanhantes das crianças que frequentam a consulta de obesidade infantil do Hospital Espírito Santo de Évora, frequentada pelas crianças referenciadas pelo seu médico de família e de toda a região do Alentejo. Decidimos analisar as dificuldades dos pais para gerir a implementação da dieta proposta pela pediatra. Pretende-se compreender como se processa a aceitação do regime dietético proposto e quais as dificuldades encontradas por crianças/jovens e acompanhantes.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para a concretização deste estudo recorri à aplicação de um questionário aos acompanhantes das crianças da consulta de obesidade infantil (local) e à realização de reuniões focus-grupos com os acompanhantes das crianças que frequentam a consulta de obesidade infantil do HESE-EPE.

O estudo incide sobre as crianças com risco de obesidade ou obesas que são referenciadas pelos médicos de família, de toda a região do Alentejo para a consulta de obesidade infantil do HESE-EPE. O grupo etário inclui crianças e jovens desde os cinco anos aos dezoito anos de idade. Existem jovens que apesar de terem ultrapassado o limite de idade solicitam a sua permanência na consulta

devido ao grau de afetividade com a equipa médica e de enfermagem. O questionário aplicado aos acompanhantes foi construído pela Dr^a Ana Rito Professora Doutora na Universidade Atlântica, Mestre em Ciências da Nutrição pela FCAUP- Universidade do Porto, Doutoramento em Saúde Pública pela Escola Superior de Saúde Pública e Post Doc em Epidemiologia Nutricional pelo Instituto Nacional de Saúde – Dr. Ricardo Jorge, e que se encontra disponível no site da plataforma contra a obesidade.

O questionário é entregue no momento que antecede a consulta aos acompanhantes das crianças/jovens. A seleção da amostra para o questionário é aleatória. Para as entrevistas em grupo focal a amostra é constituída pelos acompanhantes das crianças/adolescentes. Previamente seleciona-se o dia em que existe maior número de consultas marcadas, posteriormente é feito um contacto telefónico pela administrativa e a enfermeira questiona os pais ou acompanhantes se podem permanecer durante um período de tempo após a consulta com o objetivo de participar numa reunião para um estudo duma tese de doutoramento. Se a resposta for positiva e se conseguir formar um grupo com pelo menos quatro/cinco acompanhantes efetuamos a reunião. Segundo Aschidamini e Saupe (2005) a decisão de participar num grupo focal é individual e de livre escolha, daí a importância da seleção dos elementos do grupo, a necessidade de clarificar o trabalho que se está a desenvolver, bem como os procedimentos éticos de todo o processo.

No desenvolvimento das reuniões de grupo focal é imprescindível que haja um moderador e um observador, além dos acompanhantes tal como mencionam Lervolino e Pelicione (2001) que salientam que o investigador deve ter a presença no grupo de um ou dois colaboradores, um que desempenha o papel de relator e faz anotações de acontecimentos relevantes e um observador para registar os sentimentos sobre os tópicos da reunião (Krueger, 1988). Nas reuniões de grupo focal até agora realizadas usufruí da colaboração de uma das enfermeiras da consulta. Segundo Aschidamini e Saupe (2005) o moderador é elo importante para o sucesso da técnica.

Segundo Aschidamini e Saupe (2005), fazendo referência a Chiesa e Ciampone (1999) salienta que o ideal de participantes oscile entre o mínimo de seis e um máximo de doze pessoas, refere ainda que para autores como Debus (1997), Dall’agnol e Trench (1999) e outros o número de participantes oscila entre 8 a 10 e as dez pessoas, no entanto, estes autores referem também que o tamanho do grupo deve estar adaptado aos objetivos do estudo.

No estudo que efetuamos os grupos oscilam entre quatro e seis elementos, porque o número de consultas e consequentemente de acompanhantes, geralmente não ultrapassa esse número.

Os grupos que se têm formado têm em comum o facto de a criança/jovem que acompanham ser obesa. No entanto, a experiência de cada acompanhante é diferente. Os acompanhantes conseguem identificar o problema e expõem os conhecimentos para o corrigir, no entanto falamos da dificuldade em implementar as estratégias pretendidas.

3. RESULTADOS

Os resultados que obtivemos desde junho de 2011 referem-se a 50 questionários respondidos por acompanhantes (mães 84%) das crianças à consulta. O nível de escolaridade predominante (22%) dos pais destas crianças é o 12º ano. A situação de emprego reflete a situação atual de muitas famílias, 47% destas crianças têm o pai empregado e 38% a mãe empregada. Em relação às crianças/adolescentes predomina com 54% o sexo feminino. O sexo masculino representa 40%. A idade destes jovens varia dos 5 anos até aos 19 anos. No entanto predomina com (34%) o grupo

com idade compreendida entre 13 e 16 anos. Com (26%) o grupo dos 10 aos 13 anos e em terceiro lugar surge o grupo dos 7 aos 10 anos com 18%.

A maioria destas crianças/jovens frequenta a consulta há um ano. Efetuam a avaliação do IMC antes da consulta, e os resultados revelam que 32% das crianças apresenta um IMC entre 18.5 e 24.9 e 32% situa-se entre 25 e 29.9. Obtivemos valores percentuais praticamente idênticos na forma como se deslocam para a escola, seja a pé, de automóvel ou de autocarro. Quando questionados em relação ao tempo que dedicam a jogar playstation, 50% refere que joga até uma hora por dia.

Quando questionados acerca da ementa dos almoços na escola e do lanche, cerca de 60% dos acompanhantes refere estar muito satisfeito ou satisfeito, as preocupações dos acompanhantes baseiam-se essencialmente na dificuldade em manter a alimentação de dieta, onde 34% refere alguma dificuldade e 16%, muita dificuldade. Quando questionados relativamente ao facto de as crianças/jovens comerem exageradamente, 17% dos acompanhantes preocupa-se um pouco e 18% preocupa-se muito. Face aos dados obtidos nos questionários verifica-se que, a preferência alimentar das crianças/jovens relatadas pelos acompanhantes em relação ao tipo de leite 56% bebe leite magro e 38% leite meio gordo, 58% refere que a quantidade é uma chávena 250ml e 52% das crianças bebe diariamente. Em relação aos iogurtes 28% refere que come um iogurte, uma a três vezes por semana.

Quadro 1 – Representação das preferências e quantidades de fruta

	<i>Não comem</i>	<i>Comem</i>	<i>Nº vezes por semana</i>	<i>Quantidade igual</i>	<i>Quantidade maior</i>
Maça	4%	36%	1 a 3 vezes por semana	35%	16%
Laranja		36%	1 a 3 vezes por semana	58%	10%
Banana	34%	26%	1 vez de 15 em 15 dias	48%	8%
Kiwis	56%	18%	1 a 3 vezes por semana	26%	4%
Morangos	34%	32%	1 a 3 vezes por semana	40%	14%
Pêssegos	34%	22%	4 a 7 vezes por semana	50%	10%
Melão	16%	28%	1 a 3 vezes por semana	50%	20%
Dióspiro	78%	6%	1 vez de 15 em 15 dias	18%	2%
Figos	74%	8%	1 a 3 vezes por semana	18%	2%
Uvas	30%	30%	1 vez de 15 em 15 dias	38%	8%
Fruta de conserva	74%	12%	1 vez de 15 em 15 dias	18%	6%
Frutos secos	82%	6%	1 vez de 15 em 15 dias	16%	2%
Azeitonas	86%	4%	1 a 3 vezes por semana	12%	4%

As crianças preferem maçãs e laranjas e não comem Kiwis, dióspiros, figos, frutas em conserva ou frutos secos. Em relação ao Pão, o pão branco e o pão integral são os mais desejados (28%). 64% refere que come apenas uma fatia por dia no entanto 26% come mais do que uma fatia por dia, 66% refere a sua ingesta todos os dias de uma fatia no entanto 10% referem que comem uma fatia várias vezes por dia.

Tabela 2 – Representação das preferências em relação à carne:

	<i>Não come</i>	<i>Come</i>	<i>Nº vezes</i>	<i>Quantidade igual</i>	<i>Quantidade maior</i>
Frango	2%	70%	1 a 3 vezes por semana	66%	16%
Croquetes	54%	32%	1 vez 15 em 15 dias	36%	4%
Vaca	16%	42%	1 a 3 vezes por semana	46%	16%
Hamburger	52%	38%	1 vez 15 em 15 dias	44%	4%
Salsicha	38%	48%	1 vez 15 em 15 dias	30%	6%
Fiambre	38%	20%	1 a 3 vezes por semana	38%	6%
Soja	74%	12%	1 vez 15 em 15 dias	20%	2%
Ovos	8%	46%	1 vez 15 em 15 dias	68%	6%

Observa-se uma preferência pelas carnes brancas 70% e 16% refere que come mais do que as 120gr preconizadas.

Tabela 3 – Representação das preferências em relação ao peixe

	Não come	Come	Nº vezes	Quantidade igual	Quantidade maior
Peixe Magro	10%	44%	1 a 3 vezes por semana	60%	8%
Bacalhau	30%	36%	1 vez 15 em 15 dias	40%	6%
Peixe gordo	32%	32%	1 vez 15 em 15 dias	48%	4%
Peixe conserva	46%	30%	1 vez 15 em 15 dias	42%	4%
Peixe panado	52%	30%	1 vez 15 em 15 dias	38%	6%
Camarão	70%	18%	1 vez 15 em 15 dias	24%	6%

Há aqui uma preferência pelo peixe magro 44% e 8% refere que come mais do que o estipulado como porção média (125gr).

Comparando a preferência pela carne ou peixe, verifica-se que as crianças/adolescentes preferem a carne em relação ao peixe.

Em relação aos legumes, os acompanhantes referem que há muitos legumes que as crianças/adolescentes não comem.

Tabela 4 – Representação das preferências das crianças/jovens pelos legumes

Legumes	Não come	Come
Feijão	44%	52%
Ervilhas	58%	38%
Couves	56%	40%
Brócolos	48%	48%
Nabiças/ espinafres	34%	62%
Feijão verde	26%	70%
Milho	80%	16%
Alface	14%	82%

Como a medida de referência é meia chávena de legumes cozidos, 64% refere que a quantidade é igual ao valor de referência. Em relação à frequência com que ingere legumes, 24% refere que come todos os dias e 42% refere que come apenas 1 a 3 vezes por semana.

Tabela 5 – Representação das preferências das crianças/jovens pelos cereais

Não come Cereais	22%
Estrelitas...	22%
Integrais	32%
Cornflakes	14%
Cereais e papas	4%
Cereais e cereais integrais	4%

Em relação aos cereais, verifica-se que 22% não come cereais, 32% prefere cereais integrais e 22% come cereais tipo estrelitas... 60% referem que a criança/adolescente come uma taça com 125ml de leite, 1 a 3 vezes por semana, logo seguido das crianças que comem todos os dias com 24%.

Tabela 6 – Representação das preferências das crianças/jovens pelos outros cereais derivados e tubérculos

	<i>Não come</i>	<i>Come</i>	<i>Nº vezes</i>	<i>Quantidade igual</i>	<i>Quantidade maior</i>
Arroz	8%	64%	1 a 3 vezes por semana	48%	2%
Massas	6%	56%	1 a 3 vezes por semana	60%	0%
Lasanha	72%	18%	1 vez 15 em 15 dias	26%	6%
Pizza	62%	28%	1 vez 15 em 15 dias	28%	12%
Batatas fritas caseiras	50%	28%	1 vez 15 em 15 dias	28%	4%
Batatas fritas pacote	60%	24%	1 vez 15 em 15 dias	36%	0%
Batatas cozinhadas	28%	36%	1 vez 15 em 15 dias	48%	6%

A preferência das crianças/adolescentes recai essencialmente no arroz e nas massas e nas pizzas referem que comem mais do que a dose de referência que é meia pizza média.

Em relação às bebidas, tal como observamos no quadro a bebida de eleição é a água, com um valor de 88%, 64% refere que bebe mais do que o valor de referência que é uma garrafa pequena. Em relação às outras bebidas quero alertar para os valores da coluna não responde, onde as bebidas estimulantes e os refrigerantes apresentam valores superiores a 50%.

Tabela 7 – Representação das preferências das crianças/jovens pelas bebidas

	<i>Não bebe</i>	<i>Bebe</i>	<i>Nº vezes</i>	<i>Quantidade igual</i>	<i>Quantidade maior</i>	<i>Não responde</i>
Água	0%	88%	Mais do que 1 vez por dia	22%	64%	14%
Ice-te	42%	26%	1 vez 15 em 15 dias	42%	2%	28%
Refrigerantes	70%	10%	1 vez 15 em 15 dias	24%	2%	50%
Sumo de fruta concentrada ou néctares	58%	18%	1 vez 15 em 15 dias	38%	0%	46%
Sumo fruta natural	34%	28%	1 vez 15 em 15 dias	46%	12%	34%
Coca-cola	72%	6%	1 vez 15 em 15 dias	20%	2%	54%
Café, cevadas	68%	10%	1 vez 15 em 15 dias	24%	2%	56%
Chá preto e verde	80%	6%	1 vez 15 em 15 dias	18%	2%	60%
Chá de aromas	72%	12%	1 vez 15 em 15 dias	20%	8%	56%

Em relação às bolachas, croissants e outros doces, não apresentam valores elevados na sua ingestão, mas apresentam-se valores elevados na coluna não responde. Os acompanhantes preferem omitir estes valores, ou porque não sabem ou porque não conseguem controlar a sua ingestão.

Tabela 8 – Representação das preferências das crianças/jovens pelos doces

	<i>Não come</i>	<i>Come</i>	<i>Nº vezes</i>	<i>Quantidade igual</i>	<i>Quantidade maior</i>	<i>Não responde</i>
Bolachas	28%	24%	1 vez 15 em 15 dias	44%	24%	26%
Croissants, pasteis ou bolos	52%	24%	1 vez 15 em 15 dias	44%	6%	36%
chocolate	68%	18%	1 vez 15 em 15 dias	24%	10%	42%
Snacks	80%	6%	1 vez 15 em 15 dias	22%	0%	52%
Marmelada	78%	8%	1 vez 15 em 15 dias	18%	4%	58%
Açúcar	48%	16%	1 vez 15 em 15 dias	34%	6%	38%

Em relação aos resultados preliminares das entrevistas em grupo focal, saliento o facto dos acompanhantes das crianças/jovens saberem e conseguirem identificar muito bem o foco onde se situa o problema de cada criança/jovens. No entanto a dificuldade reside em saber como resolver o

problema. Os acompanhantes referiram como um facto muito positivo a participação no estudo através das entrevistas porque estas promoveram o diálogo sem se efetuar juízos de valor e constituíra também um espaço de partilha onde puderam falar dos seus problemas e das tentativas que efetuam para melhorar a situação da criança. Sentem a reunião focal muito benéfica e salientam que, apesar de não se conhecerem, sentiram-se bem a partilhar os seus problemas, com aqueles que vivem quotidianamente a mesma situação, ao contrário do que acontece com as pessoas no dia a dia e, por vezes, até pela sua família, que não compreendem a situação que estão a passar. Referem ainda que a maior parte das crianças/adolescentes cumpre a dieta prescrita mas não cumpre com as quantidades dos alimentos que ingere, sentindo-se por vezes revoltados com os pais, quando lhe chamam a atenção para as quantidades ingeridas.

4. CONCLUSÃO

Dos resultados obtidos até ao momento salienta-se que as crianças e os seus acompanhantes sabem o que podem e o que devem comer, no entanto por vezes não cumprem e omitem a resposta a algumas questões. Em relação às reuniões de grupo focal posso referir que é um trabalho que os pais estão a valorizar muito. Referem que é importante, alguém perceber que as suas crianças não comem apenas alimentos que não devem, já fazem a dieta prescrita embora com dificuldade, o problema agora está noutra dimensão e é necessário arranjar estratégias para diminuir as quantidades pois apresentam muita dificuldade em dizer ao filho “não comes mais”.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) FERREIRA RJ, Marques-Vidal PM (2008). Prevalence and determinants of obesity in children in public schools of Sintra, Portugal. *Obesity* (Silver Spring),16 (2),497-500.
- (2) LINDSAY RS, et al (2001). Body mass index as a measure of adiposity in children and adolescents: relationship to adiposity by dual energy x-ray absorptiometry and to cardiovascular risk factors. *J Clin Endocrinol Metab*, 86(9),4061-7.
- (3) PADEZ C, et al (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. *Am J Hum Biol*, 16(6),670-8.
- (4) SCHAEFER F, et al (1998). Body mass index and percentage fat mass in healthy German schoolchildren and adolescents. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 22,461-69.
- (5) YNGVE A, et al (2008). Differences in prevalence of overweight and stunting in 11-year olds across Europe: The Pro Children Study. *Eur J Public Health*, 18(2),126-30.
- (6) ASCHIDAMINI E SAUPE (2005) grupo focal – estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico [*focus group – qualitative methodology strategy: a theoretical essay* em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1700/1408>
- (7) IOTF -International Obesity Task Force EU, EU Platform on Diet, Physical Activity and Health Platform Briefing Paper 2005, em http://static.publico.clx.pt/docs/ pesoemedia/ EU_Platform_Diet_PA_Health_2005.pdf
- (8) LERVOLINO E PELICIONE (2001) A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc ,Enf USP*, v. 35, n.2, 115-21, em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a03.pdf>.

OBESIDADE E IMAGEM CORPORAL: AVALIAÇÃO MATERNA EM CRIANÇAS DE NÍVEL PRÉ-ESCOLAR

OBESITY AND BODY IMAGE: MATERNAL ASSESSMENT IN CHILDREN OF PRE-SCHOOL LEVEL

Ana Abêbora¹, Rosa Espanca² & Vítor Franco³

¹ Universidade de Évora. ana.abebora@gmail.com

² Centro de Saúde de Évora. sescolar@srsevera.min-saude.pt

³ Universidade de Évora. vfranco@uevora.pt

RESUMO

A obesidade infantil constitui um problema cada vez mais importante, com crescente prevalência a nível mundial, sendo uma perturbação multifatorial com graves consequências na saúde física e mental. O presente estudo procura explorar a relação entre o índice de massa corporal (IMC) das crianças, a perceção parental da imagem corporal das crianças e as crenças, atitudes e práticas parentais face à alimentação. Foi realizado com 333 crianças nascidas no ano de 2007 e respetivas mães. O índice de massa corporal das crianças foi apurado pela Equipa de Saúde Pública do Alentejo, enquanto que às mães foram aplicados os “*Cartões de Silhuetas Infantis*” destinados a avaliar a perceção materna da imagem corporal das crianças e o “*Child Feeding Questionnaire*” (CFQ) (Birch, et al. 2001) que avalia as crenças, atitudes e práticas parentais face à alimentação.

Os resultados mostram que uma elevada percentagem (28,6%) das crianças apresenta excesso de peso. No entanto, a maior parte das mães destas crianças faz uma avaliação incorreta da sua imagem corporal não identificando esse excesso de peso. Relativamente aos fatores do CFQ, verificou-se que alguns se correlacionam significativamente com o IMC das crianças e outros registam uma correlação significativa com a perceção materna da imagem corporal das crianças.

Palavras-chave: *obesidade infantil, índice de massa corporal, imagem corporal, alimentação, práticas parentais.*

ABSTRACT

Childhood obesity is an increasingly important issue, with a high prevalence worldwide. Is a multifactorial disorder with serious consequences for physical and mental health. This study explores the relationship between body mass index (BMI), parental perceptions of children body image and parental beliefs, attitudes and practices face food. Was conducted with 333 children born in 2007 and their mothers. The body mass index of children was determined by Public Health Team of the Alentejo, while mothers were applied “*Cartões de Silhuetas Infantis*”, to assess maternal perception of body image of children and the “*Child Feeding Questionnaire*” (CFQ) (Birch et al., 2001) that assesses the parental beliefs, attitudes and practices face food.

The results show a high prevalence (28,6%) of children overweight. However, the majority of mothers do not realize a correct evaluation of children body image and do not identify the

overweight. For the CFQ factors, it was found that some correlate significantly with BMI of children and others display a significant correlation with maternal perception of children body image.

Keywords: *childhood obesity, body mass index, body image, nutrition, parenting practices.*

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é um sério problema de saúde pública, cada vez mais frequente, estimando-se que cerca de 100 milhões de pessoas no mundo sofrem de excesso de peso. Tendo sido considerada como a epidemia do século XXI, a obesidade é uma doença que atinge ambos os sexos e todas as faixas etárias, sendo cada vez mais frequente em idades muito precoces. Nas últimas décadas, a obesidade infantil tornou-se a patologia nutricional mais importante (Singh *et al.*, 2007) e a doença pediátrica mais comum (Silva e Gomes-Pedro, 2005), com grande aumento da sua prevalência.

No desenvolvimento da obesidade têm influência múltiplos fatores, ambientais, genéticos, socioculturais, psicológicos e económicos. O seu impacto também se verifica a múltiplos níveis, nomeadamente físico, psicossocial e cognitivo, acarretando consequências negativas em todos eles. A prevenção será o tipo de atitude mais eficaz e efetiva no combate à obesidade, sendo que prevenir e/ou evitar pequenos ganhos de peso é mais fácil, menos dispendioso e mais eficiente do que tratar a obesidade depois de instalada (Silva & Gomes-Pedro, 2005).

A prevenção da obesidade exige assim um envolvimento global de toda a sociedade quer ao nível das práticas alimentares quer ao nível da atividade física, sendo os pais os primeiros responsáveis por esta intervenção. Podemos considerar que, em relação às crianças, todas as abordagens preventivas do excesso de peso e da promoção da saúde se podem enquadrar numa grelha constituída a partir do cruzamento destas duas dimensões (promoção da atividade física e regulação do comportamento alimentar) com a intervenção no contexto familiar ou no contexto escolar.

Figura 1 – Prevenção e combate à obesidade

	<i>Família</i>	<i>Escola</i>
<i>Atividade Física</i>		
<i>Comportamento alimentar</i>		

Foi, tendo em consideração o papel fundamental dos pais quanto à prevenção da obesidade infantil, que fizemos incidir sobre eles este estudo. Optámos assim por estudar a perceção parental da imagem corporal dos filhos e as crenças, atitudes e práticas parentais face à alimentação. O primeiro aspeto justifica-se na medida em a consciência dos pais sobre o peso corporal dos seus filhos, aqui avaliada através da forma como identificam a sua imagem corporal, será um dos primeiros passos para procurar evitar o ganho excessivo de peso (He & Evans, 2007). Não só porque nos primeiros anos de vida são os adultos mais próximos da criança que influenciam decisivamente o desenvolvimento da imagem corporal (Zabala & Palacio, 2008) como também a correta avaliação da imagem corporal das crianças pode influenciar o modo como os pais intervêm na regulação dos seus comportamentos alimentares.

O estudo das crenças, atitudes e práticas parentais face à alimentação é relevante na temática da obesidade infantil visto que as estratégias de controlo usadas pelos pais na alimentação das crianças, têm grande influência no desenvolvimento da obesidade. O ambiente familiar e o

comportamento dos pais face à alimentação são dos fatores mais influentes na escolha dos alimentos e nos comportamentos alimentares das crianças (Tabacchi *et al.*, 2007).

Este estudo tem como objetivo verificar a relação existente entre o índice de massa corporal (IMC) das crianças, o modo como as mães percebem a imagem corporal dos seus filhos e as crenças, atitudes e práticas parentais face à alimentação das crianças. Optámos por estudar crianças nascidas em 2007, porquanto no interessa situar o IMC por referência ao início da operacionalização da autoimagem corporal infantil que apenas tem sido estudada em crianças com idades superiores.

Tendo em conta o objetivo do estudo e as variáveis consideradas colocamos as seguintes hipóteses de investigação:

- 1 Existe uma relação significativa entre a percepção que as mães têm da imagem corporal (real e ideal) dos seus filhos e o índice de massa corporal destes.
- 2 Existe uma relação significativa entre o índice de massa corporal das crianças e as crenças, atitudes e práticas das mães face à alimentação.
- 3 Existe uma relação significativa entre as crenças, atitudes e práticas parentais face à alimentação e a percepção das mães acerca da imagem corporal (real e ideal) dos seus filhos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Amostra

Esta investigação incidiu sobre as crianças nascidas no ano de 2007 a frequentar Jardins de Infância do concelho de Évora. Foram avaliadas 333 crianças e respetivas mães. As crianças tinham idades compreendidas entre os 3 e os 4 anos de idade ($M=3.20$; $SD=0.34$) e frequentavam os jardins de infância das freguesias rurais e urbanas de Évora. A percentagem de crianças do sexo feminino e do sexo masculino é semelhante (Feminino=49.7%; Masculino=50.3%). As mães tinham idades compreendidas entre os 19 e os 52 anos de idade ($M=33.6$; $SD=5.08$), a sua escolaridade varia entre o 4º ano de escolaridade e o doutoramento, e relativamente à sua situação profissional, verifica-se uma significativa prevalência de mães empregadas (80.5%).

Tabela 1 - Amostra: mães

<i>Variáveis</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média (SD)</i>
Idade Criança		333		3,20 (0,34)
Género Criança	Masculino	168	50,3%	
	Feminino	165	49,7%	
Idade Mãe		312		33,6 (5,08)
Escolaridade	1º Ciclo	6	1.8%	
	2º Ciclo	18	5,4%	
	3º Ciclo	29	14,7%	
	Secundário	115	34,5%	
	Bacharelato	2	0.6%	
	Licenciatura	102	30.6%	
	Mestrado	13	3.9%	
	Doutoramento	3	0.9%	
Situação Profissional	Empregada	268	80.5%	
	Desempregada	29	8.7%	
	Estudante	7	2.1%	
	Reformada	1	0.3%	
	Trabalhador/Estudante	1	0.3%	

Instrumentos

Nesta investigação foram utilizados três procedimentos destinados a avaliar diferentes variáveis.

Índice de Massa Corporal (IMC) das crianças

Este valor foi apurado pela Equipa de Saúde Pública do Alentejo, constituída por profissionais da área da saúde. Foram recolhidos os dados antropométricos de cada criança, recorrendo-se para tal a uma balança para determinar o peso (dados em kg com aproximação à décima) e a um estadiómetro para a obter a altura (leitura feita em cm e até ao milímetro mais próximo, por defeito (0.1 cm)). Calculou-se o IMC, usando os procedimentos estandardizados (kg/m^2). Os percentis do IMC foram estabelecidos de acordo com os critérios do *Centers for Disease Control and Prevention/DGS* (Curvas de Crescimento do CDC Circular Normativa Nº: 05/DSMIA de 21/02/06), considerando-se excesso de peso a soma da pré-obesidade e da obesidade, ou seja, os percentis iguais ou superiores a 85.

Cartões de silhuetas infantis

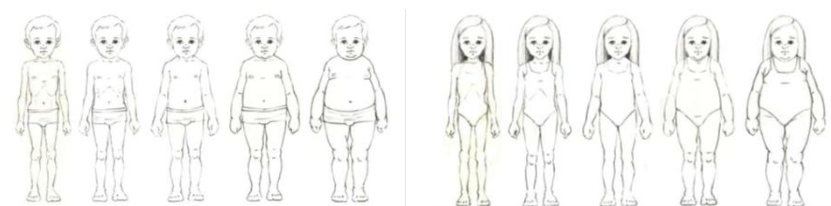
Este instrumento destina-se a avaliar a perceção da imagem corporal (real e ideal) das crianças. Foi construído a partir do “*Body Silhouette Chart*” (Collins, 1991), mas tendo em vista a sua utilização com idades mais baixas, entre os 3 e os 6 anos. Para isso, os desenhos de cada silhueta, executados por artista gráfica, foram feitos tendo em conta os valores antropométricos mais próprios destas idades, assim como os valores padrão usados para o desenho e representação gráfica.

O “*Body Silhouette Chart*” de Collins (1991) é constituído por sete silhuetas de crianças, masculinas e femininas, numeradas de um a sete, representando o peso corporal que varia entre o muito magro e o obeso e foi inicialmente utilizado para a autoavaliação em pré-adolescentes com perturbações alimentares, avaliando o grau de insatisfação com a imagem corporal.

O instrumento usado nesta investigação é constituído por um esquema de silhuetas em 2 cartões (um para o sexo masculino e outro para o sexo feminino) cada um com cinco silhuetas de crianças, numeradas de um a cinco (numeração que corresponde ao valor da resposta) que variam entre o muito magro e o muito gordo (Figura 2).

O esquema de silhuetas de Collins foi já usado, em outros estudos, para a avaliação da perceção materna do estado nutricional dos filhos (Gualdi-Russo et al., 2008; Killion et al., 2006). Também Aparício Costa usou o instrumento, adicionando-lhe duas perguntas fechadas, adaptadas de Baughcum e colaboradores (2000) e He e Evans (2007).

Figura 2 – Cartão de Silhuetas Infantis (Masculino e Feminino)



CFQ - Child Feeding Questionnaire

Este questionário sobre a alimentação infantil tem como objetivo avaliar as crenças, atitudes e práticas dos pais face à alimentação das crianças. O “*Child Feeding Questionnaire*” é da autoria de

Birch e colaboradores (2001), tendo sido traduzido para a língua portuguesa por Aparício Costa (2009), e pretende avaliar as percepções e preocupações parentais relativas à obesidade infantil, bem como as atitudes e práticas alimentares da criança.

A sua construção teve como base a teoria de Costanzo e Woody (1985) que, partindo de uma perspectiva de parentalidade tradicional, defende que os pais não possuem um estilo parental único e consistente, e que os estilos parentais diferem entre pais, ao longo do desenvolvimento infantil e entre crianças dentro da mesma família. De acordo com os autores, os pais estão mais predispostos a exercer altos níveis de controlo externo sobre a comida das crianças quando estão interessados no desenvolvimento da criança e a) estão muito preocupados com a saúde e/ou problemas de peso da criança; b) percebem que a criança está em risco de desenvolver problemas alimentares ou de peso, relacionados com a história familiar ou outros fatores de risco; ou c) não acreditam que a criança seja capaz de exercer controlo sobre a comida. Constanzo e Woody sugerem ainda que elevados níveis de controlo parental sobre a alimentação da criança impedem o desenvolvimento do autocontrolo da criança, baseado na responsabilidade de perceber a fome e a saciedade (Birch et al, 2001).

O questionário contém 31 itens, que se encontram agrupados em sete fatores. Quatro fatores dizem respeito às crenças parentais e incluem a percepção dos pais do seu próprio peso e do da criança e as suas preocupações face ao peso da criança, integrando:

- 3 itens sobre a responsabilidade percebida dos pais, tendo como objetivo a avaliação da percepção da responsabilidade parental na alimentação da criança;
- 4 itens acerca da percepção dos pais do seu próprio peso, que se destinam a avaliar a percepção parental do historial do seu próprio peso;
- 4 itens acerca da percepção parental do peso da criança, que procuram avaliar a percepção do historial de peso da criança;
- 3 itens sobre as preocupações dos pais em relação ao peso da criança, cujo objetivo é avaliar a preocupação com o risco da criança vir a ter excesso de peso.

Os outros três fatores dizem respeito às atitudes e práticas parentais, nomeadamente, a percepção do uso de estratégias de controlo na alimentação nas crianças:

- Restrição (oito itens), com o objetivo de avaliar a forma como os pais restringem o acesso dos filhos à comida;
- Pressão para comer (quatro itens), que pretende avaliar a tendência dos pais para forçar os filhos a comer mais às refeições;
- Monitorização (três itens), destinada a avaliar a forma como os pais controlam a criança a comer.

Todos os itens são avaliados numa escala tipo Likert de 5 pontos. No que respeita os fatores relacionados com as crenças parentais, quanto maior for o valor obtido para cada fator, maior será a responsabilidade percebida, isto é, a percepção da responsabilidade parental na alimentação da criança e a preocupação dos pais face ao peso da criança. Nos fatores correspondentes à percepção dos pais em relação ao seu próprio peso e ao peso da criança, as respostas serão mais adequadas quanto mais a percepção parental do seu próprio peso e do peso da criança se aproximar do peso real. No que respeita aos fatores que avaliam as atitudes e práticas que os pais utilizam como estratégias de controlo sobre a alimentação da criança, quanto maior for o valor obtido para cada fator, maior será a monitorização, a restrição e a pressão para comer.

A avaliação da consistência interna dos fatores foi feita através do Alpha de Cronbach. Para o fator da responsabilidade percebida o valor encontrado foi de 0.88, para o da percepção parental do seu próprio peso, foi de 0.71, para o da percepção parental do peso dos filhos foi de 0.83, para o das preocupações acerca do peso da criança foi de 0.75, para o da monitorização foi de 0.92, para o da restrição foi de 0.73 e para o da pressão para comer foi de 0.70, pelo que a consistência interna de todos os fatores se encontra dentro de valores aceitáveis (Birch et al., 2001).

Procedimentos

Para a realização deste estudo foram contactados todos os Jardins de Infância, explicando-se, por escrito, os objetivos, a que crianças se destinava e todos os procedimentos a serem realizados. Entregou-se também uma carta de consentimento informado para ser preenchida e assinada pelos encarregados de educação.

Houve a colaboração do Centro de Saúde de Évora, em particular, da Equipa de Saúde Pública que apurou o peso e a estatura das crianças, determinando o seu índice de massa corporal.

À mãe de cada criança foi enviado um breve questionário, integrando os dois instrumentos autoadministrados, o *CFQ - Child Feeding Questionnaire* e os *Cartões de Silhuetas Infantis*. Ambos apresentavam instruções escritas bem claras, sendo que no primeiro, cada mãe apenas tinha que assinalar com uma cruz as afirmações que correspondem à sua opinião e no esquema de silhuetas, era solicitado que seleccionassem figuras da escala.

Os questionários, depois de respondidos, foram devolvidos de forma anónima, à educadora do respetivo Jardim de Infância.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Índice de Massa Corporal

A avaliação da obesidade foi feita com base no cálculo do IMC direto, tendo sido necessário fazer o cálculo do respetivo valor percentilado (IMC%), a partir do qual é possível integrar as crianças em quatro grupos consoante o seu estado: magreza, normalidade, pré-obesidade e obesidade.

De acordo com os valores apurados do IMC% (Tabela 2), verificamos a existência de 8.7% de casos de obesidade e 19.9% de casos de pré-obesidade, o que soma 28,6 % de crianças com excesso de peso que requerem atenção especial.

No que respeita à distribuição do valor do IMC% por sexos, podemos verificar que a obesidade é o grupo que apresenta uma distribuição mais desequilibrada entre os sexos, com as raparigas a registarem a percentagem mais elevada (5,4%) enquanto na pré-obesidade, verificamos uma distribuição igual entre ambos os sexos (9.9%).

Tabela 2 - Percentagem do valor de IMC%

<i>Categorias IMC%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>% Válida</i>	<i>% Cumulativa</i>	<i>Feminino %</i>	<i>Masculino %</i>
Magreza	14	4,2	4,2	4,2	1,8	2,4
Normalidade	223	67,0	67,2	71,4	32,6	34,7
Pré-Obesidade	66	19,8	19,9	91,3	9,9	9,9
Obesidade	29	8,7	8,7	100,0	5,4	3,3
Total	332	99,7	100,0		49,7	50,3
Missing	1	0,3				
Total	333	100,0				

Os resultados obtidos vão ao encontro dos estudos que apontam para o dramático aumento da prevalência da obesidade infantil nos últimos anos (Han *et al.*, 2010). De facto, uma percentagem importante das crianças estudadas apresenta excesso de peso, requerendo atenção especial, sendo mais elevada no sexo feminino. Este resultado também vai ao encontro das conclusões de estudos anteriores acerca da prevalência de excesso de peso em ambos os sexos (Wisniewski *et al.*, 2009).

3.2 Perceção das mães em relação à imagem corporal (real e ideal) das crianças

Avaliando a percepção parental da imagem corporal real das crianças (Tabela 3) podemos verificar que a classe maioritariamente seleccionada pelos pais é a “normal”, seguida da “magro” havendo uma clara tendência pelas figuras centrais em detrimento das classes dos extremos.

Cruzando a percepção das mães sobre a imagem corporal real das crianças, avaliada através dos cartões de silhuetas infantis, com as categorias do IMC, verificamos que, de entre as crianças classificadas como pré-obesas, 0,3% das mães consideram-nas muito magras, 1,6% classificam-nas como magras, 17,5% (ou seja, 86,2% desse grupo) como normais, e apenas 0,6% como gordas e 0,3% como muito gordas. Em relação às crianças obesas, 0,6% das mães consideram-nas magras, 7,7% (ou seja, 89,5 do grupo) descrevem-nas como normais e apenas 0,3% como gordas.

Verificamos assim uma clara tendência das mães para considerarem os seus filhos na classe normal revelando uma avaliação distorcida da respetiva aparência física nos grupos de excesso de peso. No total destas duas categorias, apenas 1,2% das mães seleccionaram as classes que remetem para o excesso de peso, quando, como vimos, a percentagem total de crianças é de 28,6%, o que representa mais de 95% não reconhecem corretamente a imagem corporal dos filhos. Este resultado vai no mesmo sentido de outros estudos, como a investigação de He e Evans (2007) que têm mostrado que os pais não reconhecem os seus filhos como sofrendo de excesso de peso.

Tabela 3 – Categorias IMC% e percepção parental da imagem corporal real das crianças

Percepção Parental Categorias IMC%	Muito Magro %	Magro %	Normal %	Gordo %	Muito Gordo %	Total %
Magreza	0	2,0	1,3	0	0	4,2
Normalidade	0,3	23,3	43,0	0	0,3	66,9
Pré-Obesidade	0,3	1,6	17,5	0,6	0,3	20,3
Obesidade	0	0,6	7,7	0,3	0	8,6
Total	0,6	28,4	69,5	0,9	0,6	100,0

Ao termos em conta o valor médio de IMC de cada classe de resposta materna (Tabela 4) verificamos que o valor médio mais elevado é da classe “gordo”, seguido da classe “muito gordo” enquanto os valores médios mais baixos de IMC se registam na segunda classe (“magro”) e na classe correspondente ao “muito magro”. Contudo é de referir quer o muito pequeno número de crianças nas classes de excesso de peso, quer que o valor mais elevado de IMC surge numa criança cuja mãe seleccionou a classe central como descritiva da imagem corporal real do(a) filho(a).

Tabela 4 – IMC e percepção parental da imagem corporal real das crianças

Percepção Parental Imagem Corporal Real Crianças	N	IMC	SD	Mínimo	Máximo
Muito Magro	2	16,500	1,6971	15,3	17,7
Magro	89	16,488	1,0408	13,1	18,5
Normal	218	16,606	1,3155	13,4	20,9
Gordo	3	18,467	1,1547	17,8	19,8
Muito Gordo	2	17,300	,5657	16,9	17,7
Total	314	16,310	1,3518	13,1	20,9

Pedimos também às mães para indicarem qual a classe em que gostariam que o seu filho se situasse. Verificamos que as classes dos extremos (“ *muito magro* ” e “ *muito gordo* ”) não foram selecionadas pelos pais, sendo, à semelhança da perceção parental da imagem corporal real da criança, a classe central a mais escolhida. Avaliando o valor médio do IMC de cada uma das classes verificamos que o valor médio mais elevado se regista na classe central (“ *normal* ”), seguido da classe “ *magro* ”, sendo a quarta classe (“ *gordo* ”) que regista o IMC médio mais baixo.

A nossa primeira hipótese, de existir uma relação significativa entre a perceção parental da imagem corporal (real e ideal) dos seus filhos e o IMC não pode ser confirmada pois a maior parte das mães não identifica corretamente a imagem corporal do seu filho e, quanto à imagem ideal, há uma tendência para a escolha da classe central, tendendo as mães a escolher a classe “ *normal* ” independentemente da classe de IMC da criança.

3.3 Crenças, atitudes e práticas parentais face à alimentação

Procurámos agora ver como se organizam os resultados obtidos das mães acerca das suas crenças, atitudes e práticas quanto às suas crianças, as mães os pais intervencionados certamente se especializam na alimentação das suas crianças. Na tabela 5 podemos ver os valores obtidos em cada um dos sete fatores que constituem o questionário “ *Child Feeding Questionnaire* ”. O fator 1 (responsabilidade percebida) é aquele que regista a média mais elevada (4,46). Os fatores 5 (restrição), 6 (pressão) e 7 (monitorização) que correspondem às estratégias de controlo às quais os pais recorrem na alimentação das crianças, apresentam médias elevadas. O fator 7 visto registar a média mais elevada (4,14) leva-nos a concluir que estas mães apresentam e recorrem a estratégias de controlo quando alimentam os seus filhos, usando, em particular, a monitorização alimentar, que corresponde ao controlo de alimentos não saudáveis

Tabela 5 – Análise descritiva dos fatores do “ *Child Feeding Questionnaire* ”

Factores “ <i> Child Feeding Questionnaire </i> ”	N	M (Ponderada)	M (Bruta)	Nº de itens	SD	Mín.	Máx.
F1 – Responsabilidade Percebida	320	4,46	13,37	3	1,925	3	15
F2 – Perceção Parental Próprio Peso	316	3,04	12,16	4	1,882	6	19
F3 – Perceção Parental Peso Criança	317	2,02	8,7	4	1,177	4	12
F4 – Preocupações Pais Peso Criança	316	2,53	7,6	3	3,349	3	15
F5 – Restrição	309	3,57	28,54	8	5,080	8	38
F6 – Pressão	314	3,44	13,77	4	3,817	4	20
F7 – Monitorização	319	4,14	12,43	3	2,077	3	15

Considerando agora o valor dos diferentes fatores de acordo com o grupo de IMC da criança, podemos identificar alguns aspetos importantes (Tabela 6).

No **fator 1** (responsabilidade percebida) os valores são bastante similares em todos os grupos, embora ligeiramente mais baixos no “ *magro* ” e no “ *obeso* ”.

No **fator 2** (perceção parental do próprio peso) verificamos que o valor médio tende a ser mais elevado à medida que o IMC da criança aumenta, sendo a categoria da magreza aquela que regista uma média mais baixa (10,57) e a categoria da obesidade a que regista um valor médio mais elevado (12,67). Esta tendência aponta para uma relação entre as duas variáveis (IMC e perceção parental do

seu próprio peso) ou seja, quanto mais os pais se percebem como gordos maior é o IMC das crianças.

No **fator 3** (percepção parental do peso da criança) verificamos uma clara tendência da média do fator aumentar com o aumento do IMC da criança, significando que estas duas variáveis se relacionam e parece haver uma boa apreciação do IMC por parte das mães.

Também o **fator 4** (preocupações dos pais em relação ao peso da criança) mostra uma relação com o IMC no sentido em que, os seus valores médios tendem a aumentar à medida que o IMC da criança também aumenta, sendo o grupo da magreza o que regista o valor médio mais baixo (5,36) e o grupo da obesidade o mais elevado (8,70). Estes resultados mostram que quanto mais as crianças se aproximam do excesso de peso, maior é a preocupação dos pais pelo peso da criança.

Os valores do **fator 5** (Restrição) são excepcionalmente baixos no grupo “magro” e registam-se valores similares nos grupos da “normalidade” e “pré-obesidade”, o que aponta para menos atitudes restritivas em relação ao grupo de crianças consideradas magras. Vemos também o exercício de controlo e restrição baixa no grupo da “obesidade”.

No que toca à relação do **fator 6** (pressão para comer) com o IMC verificamos de igual modo uma tendência na distribuição dos valores médios do fator pelas categorias do IMC, sendo que esta se verifica no sentido contrário às relações dos outros fatores anteriormente referidos, isto é, a pressão exercida pelos pais para que os filhos comam tende a diminuir à medida que o IMC das crianças aumenta. Deste modo, verificamos que a categoria da magreza é a que regista o valor médio mais elevado e a categoria da obesidade o valor médio mais baixo. Estes resultados mostram que estas duas variáveis se relacionam entre elas de forma negativa.

No **fator 7** (monitorização na alimentação) é possível verificar que a monitorização alimentar, ou seja, o controlo por alimentos pouco saudáveis, é mais baixa no grupo da magreza visto ser aquele que apresenta um valor médio mais baixo.

Tabela 6 – Relação entre crenças, atitudes e práticas parentais face à alimentação e IMC das crianças:
Scores médios

Fatores “Child Feeding Questionnaire”	Magreza	Normalidade	Pré-obesidade	Obesidade	Total
F1 – Responsabilidade Percebida	13,14	13,38	13,42	13,22	13,37
F2 – Percepção Parental Próprio Peso	10,57	12,09	12,59	12,57	12,16
F3 – Percepção Parental Peso Criança	7,14	8,62	9,0	9,41	8,70
F4 – Preocupações Pais Peso Criança	5,36	7,40	8,34	8,70	7,60
F5 – Restrição	25,21	28,76	28,90	28,07	28,54
F6 – Pressão	13,69	13,99	13,90	11,69	13,77
F7 – Monitorização	11,64	12,51	12,48	12,44	12,46

Havendo dúvidas sobre a correta avaliação da imagem corporal das crianças, fizemos também a avaliação das respostas maternas relativas às crenças, atitudes e práticas parentais face à alimentação e a percepção materna da imagem corporal das crianças (tabela 7).

No que respeita aos valores médios do **fator 3** (percepção dos pais acerca do peso da criança), verificamos uma tendência na distribuição dos mesmos, no sentido em que, o valor médio mais baixo se regista na primeira classe (“*muito magro*”) e o valor médio mais elevado regista na classe “*gordo*”. No que toca ao **fator 6** (pressão para comer) verificamos uma certa constância na distribuição dos valores médios pelas diferentes classes, com exceção da classe “*muito gordo*” que regista o valor médio mais baixo. Esta tendência regista-se no sentido oposto à relação verificada no

fator 3, no sentido em que, quanto maior é a escolha dos pais acerca da silhueta das crianças, menor é a pressão que aqueles exercem para que os filhos comam.

Tabela 7 – Relação entre crenças, atitudes e práticas parentais face à alimentação e percepção materna em relação à imagem corporal real das crianças: Scores médios

Fatores “Child Feeding Questionnaire”	Muito Magro	Magro	Normal	Gordo	Muito Gordo	Total
F1 – Responsabilidade Percebida	12,00	13,21	13,43	13,33	14,50	13,37
F2 – Percepção Parental Próprio Peso	14,50	11,21	12,31	13,00	12,00	12,16
F3 – Percepção Parental Peso Criança	9,00	8,03	8,97	10,33	8,50	8,70
F4 – Preocupações Pais Peso Criança	12,00	7,17	7,76	8,00	9,50	7,60
F5 – Restrição	35,00	28,31	28,53	31,50	31,00	28,54
F6 – Pressão	19,00	15,00	13,30	12,00	16,00	13,77
F7 – Monitorização	9,99	12,34	12,53	13,00	9,50	12,46

3.4 IMC crianças, percepção materna da imagem corporal crianças e crenças, atitudes e práticas parentais face à alimentação

De forma a melhor entender a relação entre todas as variáveis em estudo calcularam-se as correlações entre o valor percentilado do IMC, percepção parental da imagem corporal (real e ideal) das crianças e crenças, atitudes e práticas parentais face à alimentação (Tabela 8).

O fator 2 que corresponde à percepção parental do seu próprio peso, apresenta uma correlação com o IMC das crianças que, embora baixa (,180), é muito significativa. Estes resultados vão ao encontro do esperado, no sentido em que, de acordo com estudos anteriores, o índice de massa corporal dos pais tende a estar altamente correlacionado com o índice de massa corporal dos filhos, sendo que o aumento numa variável conduz ao aumento da outra (Davis *et al.*, 2006).

O fator 3 (percepção parental do peso da criança) encontra-se correlacionado com o IMC percentilado (,415), e, menos, com a percepção parental da imagem corporal real das crianças (,387) e, embora seja uma correlação mais fraca, com o fator 2 (,193). Ao contrário do que poderia se esperar (dado o elevado número de mães que não reconhecem o excesso de peso das crianças) o IMC encontra-se correlacionado com a percepção dos pais da imagem corporal das crianças, e com a percepção parental do peso da criança (que considera não apenas a situação atual mas o histórico evolutivo desse peso). A correlação com o fator 2 é corroborado por estudos anteriores, no sentido em que o aumento no fator 2 (percepção parental do seu próprio peso) se liga ao aumento no fator 3 (percepção parental do peso da criança), o que ressalta a importância da obesidade nos pais como determinante da obesidade nas crianças (Tabacchi *et al.*, 2007).

No que toca ao fator 4, que diz respeito às preocupações dos pais acerca do peso das crianças, verificamos que esta variável apresenta correlações significativas, embora não muito elevadas, com o IMC (,153) e com o fator 3 (percepção parental do peso) (,166). Estes dados mostram que os pais se encontram tanto mais preocupados quanto maior é o IMC da criança e quanto mais os percebem como tendo excesso de peso. O que indica que o excesso de peso das crianças é um problema que preocupa os pais, o que é importante no sentido em que essa preocupação será crucial no combate à obesidade infantil, bem como no tornar os pais conscientes de que a obesidade infantil é um grave

problema de saúde pública, de modo a ser possível fornecer às crianças um estilo de vida saudável e um peso corporal saudável (He & Evans, 2007).

O fator 6 (pressão para comer) apresenta correlações significativas e negativas com o IMC (-,156), com a percepção parental da imagem corporal real das crianças (-,214), com o fator 3 (-,225) e ainda uma correlação significativa positiva com o fator 5 – Restrição, (,278). No que concerne às correlações significativas e negativas, estes resultados mostram que quanto menor é o IMC das crianças, ou a percepção parental da imagem corporal ou a percepção de peso elevado, maior é a pressão dos pais para os filhos comerem. De acordo com a literatura existente, o excessivo controlo por parte dos pais na alimentação da criança tem sido associado a uma pobre regulação alimentar da criança, o que por sua vez, conduz ao aumento do IMC (Faith et al., 2004), contudo o nosso estudo mostra que os pais das crianças com um IMC elevado e crianças cujos pais as percecionem como tendo excesso de peso, a pressão para comer exercida pelos pais é menos intensa. Relativamente à correlação existente entre o fator 6 (pressão para comer) e o fator 5 (restrição alimentar), pode apontar para que as mães apresentam um conjunto de estratégias de controlo sobre a alimentação da criança, sendo que à medida que aumentam as estratégias de pressão para comer também aumenta a restrição alimentar exercida. Segundo os estudos realizados, as atitudes e práticas alimentares que focam a atenção da criança nos estímulos externos, tais como, a porção de alimentos, as recompensas e em comer toda a comida que se encontra no prato, podem diminuir a capacidade das crianças em responder a estímulos internos como a fome e a saciedade (Faith et al., 2004).

O fator 7 (monitorização na alimentação) regista correlações significativas com o fator 1 (,385), com o fator 4 (,175), com o factor 5 (,179) e ainda, embora que mais baixa, com o fator 6 (,115). Tais resultados voltam a mostrar que as atitudes e práticas parentais da nossa amostra recorrem a estratégias de controlo alimentar, e que tais estratégias se encontram associadas à responsabilidade percebida dos pais e à preocupação dos mesmos com o peso da criança. Isto é, quanto mais preocupados se encontram os pais acerca do peso das crianças e mais responsáveis se percebem pela sua alimentação, mais uso fazem das estratégias de controlo sobre a alimentação, nomeadamente, mais monitorizam e mais restringem a prática alimentar dos filhos.

Através destes resultados verificamos que a segunda hipótese de investigação, existência de uma relação significativa entre o índice de massa corporal das crianças e as crenças, atitudes e práticas parentais face à alimentação, não se confirma em todos os fatores que constituem as crenças, atitudes e práticas parentais face à alimentação das crianças, confirmando-se apenas nos fatores 2 (percepção parental do seu peso), 3 (percepção parental sobre o peso da criança), 4 (preocupações dos pais em relação ao peso da criança) e 6 (pressão para comer).

Por sua vez, relativamente à terceira hipótese (Existe uma relação significativa entre as crenças, atitudes e práticas parentais face à alimentação e a percepção parental da imagem corporal dos seus filhos) verificamos que apenas se confirma no que respeita à percepção parental da imagem corporal real das crianças e apenas com os fatores 3 (percepção parental do peso da criança) e 6 (pressão para comer).

Tabela 8 – Correlações entre autoimagem corporal crianças, IMC, percepção materna imagem corporal crianças e crenças, atitudes e práticas parentais alimentação

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. IMC%									
2. Percepção Mães Imagem Corporal Real Crianças	,419**								
3. Ideal Mães Imagem Corporal Crianças	,045	,526**							
4. CFQ 1	,047	,110	,002						
5. CFQ 2	,180**	,101	,082	,060					
6. CFQ 3	,415**	,387**	,052	,041	,193**				
7. CFQ 4	,153**	,082	,066	,073	,092	,166**			
8. CFQ 5	,016	-,001	-,030	,058	-,085	,065	,131*		
9. CFQ 6	-,156**	-,214**	,001	,096	-,004	-,225**	,041	,278**	
10. CFQ 7	,008	,057	-,054	,385**	-,006	,100	,175**	,179**	,115*

*<0.05 **p<0.01

4. CONCLUSÃO

No que diz respeito às conclusões do nosso estudo, importa notar, primeiramente, a grande prevalência de excesso de peso (28,6 % das crianças da nossa amostra), em particular nas raparigas. Resultado que alerta para uma realidade perante a qual é urgente intervir com coerência e persistência.

Quando relacionada a percepção materna da imagem corporal real das crianças com as categorias do IMC verificamos em primeiro lugar, uma clara tendência das mães pela escolha das classes centrais e que as mães realizam uma avaliação distorcida da aparência física das crianças situadas nos grupos da pré-obesidade e da obesidade, no sentido em que apenas 1,2% das mães destas crianças (que, como dissemos são quase 30%) selecionaram as classes “Gordo” e “Muito Gordo” como descritivas da imagem corporal. Estes resultados vão ao encontro da literatura que acentua que os pais não reconhecem os filhos como tendo excesso de peso. Estes dados são importantes no sentido em que quanto mais conscientes são os pais do peso corporal dos seus filhos e da problemática da obesidade infantil, maiores são as possibilidades de oferecer ao filho um estilo de vida e peso corporal saudáveis. Assim, a nossa primeira hipótese de investigação, ou seja, existência de uma relação significativa entre a percepção que as mães têm da imagem corporal (real e ideal) dos seus filhos e o índice de massa corporal destes, não é possível confirmá-la inteiramente pois, apesar da correlação obtida ser significativa deixa de fora as classes que mais nos interessavam (as referentes ao excesso de peso) dada a referida dificuldade das mães escolherem essas classes.

Em relação à segunda hipótese de investigação, sobre a existência de relação significativa entre as crenças, atitudes e práticas das mães face à alimentação e o IMC das crianças, a mesma confirma-se visto o IMC das crianças registar uma correlação significativa com os fatores 2,3,4 e 6. Relativamente à correlação com o fator 2, que se prende com a percepção parental do próprio peso, esta é pertinente no sentido em que ressalta o papel importante da genética e do contexto familiar no desenvolvimento da obesidade infantil. Estes resultados mostram como a obesidade dos pais é dos principais determinantes do aumento de peso nas crianças. No que toca ao fator 3, ou seja, a percepção parental do peso das crianças, a sua correlação com o IMC mostra que os pais podem ter maior facilidade em identificar a classe de peso à qual os seus filhos pertenciam quando eram mais novos do que sua aparência física na atualidade. A correlação significativa entre o fator 4,

preocupações dos pais em relação ao peso das crianças, e o IMC das mesmas, revela que a preocupação das mães aumenta à medida que o IMC das crianças também aumenta, mostrando que a problemática da obesidade tem vindo, progressivamente, a preocupar os pais e que a dificuldade maior não estará tanto ao nível da preocupação mas na identificação objetiva do excesso de peso. No que respeita ao fator 6, pressão para comer, a correlação significativa e negativa com o IMC, revela que a pressão exercida pelos pais para que as crianças comam tende a diminuir à medida que o IMC da criança aumenta. Estes resultados permitem-nos concluir que quanto maior é o IMC da criança, maior é a preocupação dos pais acerca do peso da criança, o que conduz os pais a adaptarem as estratégias de controlo às quais recorrem na alimentação da criança, nomeadamente, exercendo menos pressão para que a criança coma.

Por fim, no que diz respeito à terceira hipótese de investigação, de existir uma relação significativa entre as crenças, atitudes e práticas parentais face à alimentação e a perceção materna da imagem corporal dos seus filhos, esta é confirmada pelas correlações significativas entre os fatores 3 e 6 e a perceção das mães em relação à imagem corporal das crianças. A correlação com o fator 3 corresponde à perceção parental do peso da criança, e com fator 6 há uma correlação significativa e negativa que revela que quanto mais os pais percecionam as crianças como tendo excesso de peso, menor é a pressão que exercem para que aqueles comam, ou seja, as estratégias de controlo dos pais adaptam-se consoante a sua perceção sobre o peso dos filhos.

Uma última conclusão diz respeito às correlações significativas registadas entre os fatores 5 (restrição alimentar), 6 (pressão para comer) e 7 (monitorização na alimentação). Tais resultados permitem-nos concluir que os pais da nossa amostra apresentam um conjunto de estratégias de controlo na alimentação das crianças e que o recurso a uma estratégia influencia o recurso às outras. De acordo com a literatura existente, o recurso a estratégias de controlo alimentar encontra-se correlacionado com o aumento do IMC das crianças, visto que a ênfase em determinados estímulos externos como, por exemplo, as recompensas, pode conduzir a uma diminuição da resposta da criança a estímulos internos como a fome e a saciedade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Birch, L., Fisher, J., Grimm-Thomas, K., Markey, C., Sawyer, R. & Johnson, S. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 36, 201-210.
- (2) Costanzo, P. & Woody, E. (1985). Domain-specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: the example of obesity proneness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 425-445.
- (3) Davis, M., Young, L. Davis, S. & Moll, G. (2008). Family Depression, Family Functioning and Obesity among African American Children. *Journal of Cultural Diversity*, 15, 61-65.
- (4) Faith, M., Scanlon, K., Birch, L., Francis, L. & Sherry, B. (2004). Parent-Child Feeding Strategies and Their Relationships to Child Eating and Weight Status. *Obesity Research*, 12, 1711-1722.
- (5) Gustafson, B. & Sarwer, D. (2004). Childhood sexual abuse and obesity. *The International Association for the Study of Obesity*, 5, 129-135.
- (6) Han, J., Lawlor, D. & Kimm, S. (2010). Childhood obesity. *The Lancet*, 375, 1737-1748.

- (7) He, M. & Evans, A. (2007). Are parents aware that their children are overweight or obese? *Canadian Family Physician*, 53, 1493-1499.
- (8) Silva, A. & Gomes-Pedro, A. (2005) - *Nutrição Pediátrica: Princípios Básicos*. Lisboa. Clínica Universitária de Pediatria do Hospital de Santa Maria.
- (9) Singh, S., Kapoor, D., Goyal, R., Rastogi, A, Kumar, S. & Mishra, O. (2007). Childhood obesity: Contributing factors and consequences in Indian children. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 1, 167- 172.
- (10) Tabacchi, G., Giammanco, S., Guardia M. & Giammanco M (2007). A review of the literature and a new classification of the early determinants of childhood obesity: from pregnancy to the first years of life. *Nutrition Research*, 27, 587–604.
- (11) Wisniewski, A. & Chernausek, S. (2009). Gender in Childhood Obesity: Family, Environment, Hormones, and Genes. *Gender Medicine*, 6.
- (12) Zabala, A. & Palacios, E. (2008). El autoconcepto infantil: una revisión necesaria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 13-22.

PADRÕES ALIMENTARES E DESPORTIVOS: A INFLUÊNCIA NA AUTOIMAGEM E NA PERCEÇÃO DA SAÚDE

FOOD STANDARDS AND SPORTS: THE INFLUENCE IN SELF-AWARENESS AND HEALTH

Helena Pimentel¹, Carlos Monteiro²

¹Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. hpimentel@ipb.pt

²Serviços de Ação Social do Instituto Politécnico de Bragança. carlosm@ipb.pt

RESUMO

O comportamento alimentar e desportivo ocupa atualmente um papel central em saúde. O ingresso no ensino superior, a par das múltiplas mudanças operadas no início da idade adulta, fundamenta a necessidade de intervenções específicas devido a novos e complexos desafios. Importa, portanto, a este nível, identificar determinantes de saúde e perfis de risco em estudantes do ensino superior e verificar em que medida sofreram alterações neste novo contexto. Estudo correlacional numa amostra estratificada proporcional por curso e por escola que integra 272 alunos do sexo masculino (40,5%) e 400 alunos do sexo feminino (59,5%), totalizando 672. Em termos de resultados, 98% dos inquiridos ingerem diariamente as duas principais refeições do dia: o almoço e o jantar; mais de metade (60%) tomam o pequeno-almoço; 36,8% ingerem, em média, quatro refeições diárias e 8,3% e 0,3% fazem, apenas, duas e uma refeição diária. 53,3% não praticam desporto. Mais de metade dos jovens (52,2%) alteraram os hábitos alimentares após o ingresso no ensino superior. Também, cerca de metade afirmam não praticar desporto e a redução da prática desportiva foi muito significativa (86,6%). A grande maioria (77,5%) afirma que gostaria de melhorar a forma física e 54,8% a aparência física. Os alunos mais satisfeitos em todos os fatores da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) estão mais satisfeitos com a sua imagem corporal. Também, a maior satisfação em todos os fatores do inventário do autoconceito (AC) se correlaciona positivamente com a autoperceção da saúde boa ou muito boa. Conhecer os riscos e implementar condutas saudáveis constituir-se-á, neste contexto e, nesta faixa etária, uma prioridade de ação.

Palavras-chave: hábitos alimentares e desportivos; ensino superior; autoimagem; perceção do estado de saúde.

ABSTRACT

Behavior the feeding and sports now occupies the central office rolls in health. The enrollment in to higher education, along with the many changes wrought in early adulthood, underlying the need will be specific interventions due you new and complex challenges. It is therefore at this level, you identify determinants of health and risk profiles of students in to higher education and see you what extent have changed in this new context. Correlational study in proportionate stratified sample by course and school which includes 272 male students (40,5%) and 400 female students (59,5%),

totaling 672. In terms of results, 98% of respondents eat every day the two main meals of the day: lunch and to dinner, to over half (60%) take breakfast, 36,8% ingest, on average, four meals day and 8 3% and 0,3% ploughs only two and the meal daily. 53,3% of not practice sport. Half lives than of young people (52,2%) changed to their eating habits to after the entry into to higher education. Also, about half say they of not play sports and sporting reduction was highly significant (86,6%). The vast majority (77,5%) say they would like you improve fitness and 54,8% physical appearance. Students lives satisfied in all the scale factors of satisfaction with social support (ESSS) ploughs lives satisfied with to their body image. Also, the greatest satisfaction in all factors of the inventory of self-concept (AC) is positively correlated with self-perceived health good or very good. Know the risks and implement healthy behaviors will be, in this context and at this acts, priority will be action.

Key words: diet and sports; higher education; self-image; perception of health status.

1. INTRODUÇÃO

Os hábitos alimentares e a sua relação com a saúde e a doença são, atualmente, inquestionáveis. Nos últimos anos, no ocidente e no contexto da globalização, a produção industrial, a conservação, o comércio e os transportes influenciaram diretamente a alimentação e a culinária que, num curto período de tempo, passaram a aprovisionar-se em alimentos estandardizados, parcial ou completamente preparados para o consumo. A industrialização aumentou a produção alimentar e provocou um incremento dos espaços e momentos para comer, transformando as sociedades ocidentais em sociedades de abundância. Comer passou a ser um ato relativamente constante, sem relação com a necessidade biológica de alimento e cada vez menos sujeito ao ritmo das refeições. Estes aspetos, associados à publicidade, conquistam os atores sociais para o consumo de produtos nutricionalmente desadequados e a sobrenutrição constitui, nestas sociedades, um importante risco do ponto de vista do desenvolvimento saudável (Goody, 1998)). Assim, escolher uma alimentação saudável não depende apenas das possibilidades de acesso aos alimentos. A seleção destes tem a ver com as preferências relacionadas com o prazer associado ao seu sabor, as atitudes aprendidas desde muito cedo em família e as preferências sociais. É necessário compreender o processo de ingestão sob o ponto de vista biológico, psicológico e sociocultural bem como conhecer as atitudes, crenças e outros fatores psicossociais que influenciam este processo de decisão com o objetivo de atuar e melhorar hábitos e comportamentos. A manutenção das funções vitais, a resistência às doenças, o rendimento físico e intelectual estão condicionados por uma adequada nutrição. No nosso país, nas últimas décadas, com a melhoria das condições de vida os problemas alimentares por defeito deram lugar a uma alimentação desequilibrada por excesso. A dieta tradicional, correspondente a um padrão típico dos países mediterrânicos, tende a alterar-se e a desviar-se do padrão dietético recomendável, sobretudo na população infantil e juvenil. Na promoção de uma alimentação saudável há dois aspetos a considerar: a mudança do comportamento alimentar a longo prazo requer vontade e persistência, não estando isenta de uma considerável taxa de insucesso (Brownell & Wadden, 1992)); os hábitos alimentares da idade adulta estão claramente relacionados com os hábitos alimentares aprendidos na infância (Kelder *et al.*, 1994). Daí a necessidade de implementar comportamentos alimentares saudáveis, desde os primeiros anos de vida, de modo a criar precocemente hábitos que tenderão a persistir, particularmente, quando o

jovem sai de casa para continuar os estudos iniciando, a este nível, alguma autonomia relativamente à família.

Também as evidências científicas sobre a relação entre a prática desportiva e a saúde são cada vez maiores. Até aos anos 60, do século XX, o exercício era praticado por indivíduos jovens e talentosos. Após esta data, a consciencialização dos benefícios do exercício tem contribuído para ser considerado como um elemento crucial de promoção da saúde. Nos países desenvolvidos, a mudança de perspetiva leva a classificar a inatividade como um fator de risco (Padez, 2002; Araújo, Calmeiro, & Palmeira, 2005; Castillo, 2008). A iniciativa “Desporto para Todos” do Conselho Europeu impulsionou esta mudança (Ogden, 2004).

Hoje, o homem olha a função, o uso e as necessidades do corpo através de diferentes papéis. Ribeiro (2003) indica quatro representações distintas do corpo: o corpo que se relaciona imediatamente com o Eu, “o corpo que tenho ou o meu corpo”; o corpo que se manifesta aos outros, “fachada pública” de cada um; o corpo anatomofisiológico do saber médico; e ainda uma quarta representação que integra as três anteriores, o corpo da corporeidade “de cujo conhecimento depende a resolução de problemas vitais” e “de cuja representação social depende e simultaneamente condiciona os processos cognitivos”. Esta representação capaz de resolver problemas vitais é, portanto, também, responsável pela criação artística, mediante o sentido que cada sujeito dá ao seu corpo e, que por sua vez, depende dos imaginários e dos paradigmas que partilha com o social que o envolve. O corpo assume assim o estatuto de ator social “investindo na prática princípios organizadores socialmente construídos e adquiridos no decorrer de uma experiência social situada e datada” (Bourdieu, 1998).

A visibilidade do corpo tem acontecido, em boa medida, a pretexto quer da transversalidade da representação social de um corpo jovem e respetivas formas de assim o conservar, quer das diversas modalidades de representação social a partir dos próprios grupos e referenciais identitários. É certo que o crescente interesse pelo corpo, nestas sociedades, tem sucedido muito à custa da visibilidade social dos próprios jovens, designadamente através de certas manifestações juvenis mais excessivas nos usos e investimentos corporais ostensivos, quer em termos de imagem quer de movimento (Moura Ferreira, 2003).

As primeiras mensagens sobre o corpo acontecem ainda na infância, através da representação das imagens dos mass média, dos heróis da tela e do ecrã, dos brinquedos como a magrinha e esbelta boneca Barbie. Com o tempo, os modelos femininos tornaram-se cada vez mais magros, excessivamente magros, enquanto os modelos masculinos se tornaram mais musculados passando a mensagem de que o corpo masculino ideal é elegante, magro (mas não em excesso) e musculado, símbolo da força e do poder. Por conseguinte, pensar no corpo remete-nos para a visão antropológica e cultural do mesmo, pois a imagem é construída em grande parte pelos estereótipos sociais exteriorizados por cada pessoa e grupo, tendo em conta a sua autoimagem. A forma como lidamos com o corpo pode ser um indicador de saúde e de prazer mas pode também constituir desprazer e levar à rejeição e ao mal-estar. A imagem do corpo é a configuração global das representações, das perceções, sentimentos e atitudes que o indivíduo elabora em relação a si, à sua existência e às diferentes experiências vivenciadas. Segundo Schilder (1968), a imagem do corpo é uma parte do mundo mas não é somente o mundo exterior. É dotada de uma estrutura diferente da imagem física. Tem personalidade. Poder-se-á dizer que o desenvolvimento da imagem corporal consiste em perceber o corpo como seu, diferente dos outros, o que corresponde à apreensão de si como objeto e como sujeito.

Neste contexto, delineámos como objetivo do estudo: identificar determinantes do comportamento alimentar e da corporalidade em estudantes do ensino superior associados a este importante período de socialização.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo correlacional, incidindo sobre um leque de 38 licenciaturas, numa população alvo de 3137 alunos. Aplicou-se um inquérito a uma amostra estratificada proporcional por curso e por escola (5 escolas do Instituto Politécnico de Bragança), que integra 272 alunos do sexo masculino (40,5%) e 400 do sexo feminino (59,5%), com idades entre os 19-29 anos. Definimos como critério de exclusão os estudantes com mais de 29 anos, tendo em conta o referencial teórico que caracteriza os limites cronológicos da juventude europeia⁽¹²⁾. Em termos de caracterização da amostra 78% têm entre 19 e 23 anos com uma média de 21,85 anos; 60% são do sexo feminino; os pais têm como escolaridade máxima a instrução primária com 41,4% para a mãe e 44,1% para o pai, seguida do 2.º ciclo (24,7%, para ambos). A formação de nível superior é mais elevada mãe (10%, versus, 7%). Predomina a situação de doméstica (32,7%) na mãe, seguida de trabalhadora não qualificada (18,9%); no pai o grupo dos operários, (30,1%), seguido do pessoal dos serviços e vendedores (25,4%); 86,2% saíram de casa, vivendo maioritariamente em apartamentos com outros estudantes (75,3%) e em residências estudantis (13,3%); 40,9% revelam envolvimento em atividades extracurriculares. Os motivos mais apontados para estudar no IPB foram: proximidade da zona de residência (32%), facilidade de entrada (28%) e prestígio da instituição/curso (18%).

Como ponto de partida da nossa investigação apresentamos três questões:

- Será que os jovens que frequentam o Ensino superior do ponto de vista da alimentação e dos cuidados com o corpo adotam comportamentos conducentes à saúde?
- Terão esses comportamentos mudado substancialmente após o ingresso neste nível de ensino?
- Qual a influência do autoconceito e da satisfação com o suporte social na autoimagem corporal e percepção do estado de saúde?

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados da figura 1 permitem verificar que 98% dos alunos inquiridos ingerem diariamente as duas principais refeições do dia: o almoço e o jantar. O pequeno-almoço é tomado por mais de metade dos estudantes (60%), porém são muitos os jovens que iniciam o dia escolar sem ingerirem esta refeição. O pequeno-almoço é considerado pelos especialistas em nutrição humana, como uma das principais refeições, com implicações diretas na saúde e na aprendizagem. Comer várias vezes ao dia, doseando o número de refeições e de alimentos constitui outra das principais regras de uma alimentação diária saudável. Constatamos, também, que o valor mais assinalado em função do número de refeições diárias situa-se em quatro (36,8%). Este valor percentual diminui na proporção direta do aumento do número de refeições (cinco 20,4% e seis 12,4%). De salientar, contudo, que 8,3% e 0,3% fazem, apenas, duas e uma refeição diária, valor muito baixo e, segundo a nossa perspetiva, de extrema gravidade quer em termos do suporte nutricional, quer em termos do gasto energético para cumprir as exigências de um dia a dia de escolarização. Efetivamente, a OMS (Ministério da Saúde, 2005) aponta para um número ideal de seis refeições diárias, nesta faixa

etária, podendo decrescer um pouco mas não baixando das quatro. Neste ponto, de acordo com os resultados disponíveis claramente se percebe que as necessidades metabólicas de um número considerável de jovens que integram o nosso estudo poderão estar comprometidas.

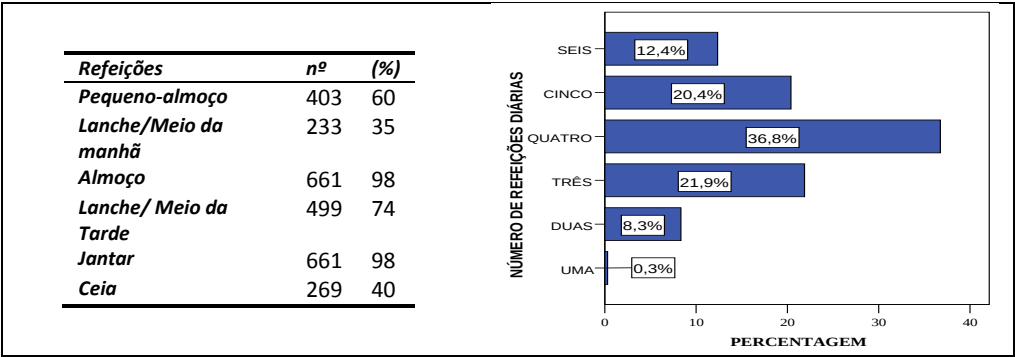


Figura 1 - Refeições diárias

Com o propósito de conhecer a relação entre a ingestão dos diversos tipos de alimentos recorremos ao teste de Friedman. Este teste permite estabelecer diferenças com significado estatístico ($p<0,001$) quando comparamos os 10 alimentos do quadro 1, sendo a ingestão significativamente superior em valores médios para a carne, peixe e ovos (8,25) e para o leite e derivados (7,42). É bastante baixa para o “fast-food” (2,61) e aumenta ligeiramente para o consumo de folhados (3,68). A observação, na presente investigação, do menor consumo de alimentos processados, corrobora a importância atribuída à comida do tipo familiar, com poder de contrariar a tendência para as mudanças alimentares verificadas nas dietas dos vários países do ocidente, dietas com um teor considerável de gorduras e de açúcares de múltiplos efeitos nefastos para a saúde. Viana¹⁴ fala-nos da atual globalização e da reprodução dos modelos e dos hábitos alimentares, aos quais os estudantes do Instituto Politécnico de Bragança parecem não querer aderir.

Quadro 1 – Caracterização e comparação dos diferentes tipos de alimentos de acordo com a sua ingestão diária

	Diária	2/3 x/sem.	1x/ sem.	Rara/nunca	MO	F
Leite/derivados	407 (60,6%)	172 (25,6%)	38 (5,7%)	55 (8,2%)	7,42	<0,001**
Fruta	295 (43,9%)	229 (34,1%)	87 (12,9%)	61 (9,1%)	6,66	
Vegetais	211 (31,4%)	315 (46,9%)	91 (13,5%)	55 (8,2%)	6,3	
Cereais	261 (38,8%)	194 (28,9%)	132 (19,6%)	85 (12,6%)	6,17	
Carne/peixe/ovos	496 (73,8%)	154 (22,9%)	14 (2,1%)	8 (1,2%)	8,25	
Batatas Fritas	18 (2,7%)	186 (27,7%)	254 (37,8%)	214 (31,8%)	3,87	
Bolachas/bolos	101 (15%)	291 (43,3%)	189 (28,1%)	91 (13,5%)	5,4	
Refrigerantes	94 (14,0%)	200 (29,8%)	161 (24,0%)	217 (32,3%)	4,65	
Fast Food	3 (0,4%)	43 (6,4%)	244 (36,3%)	382 (56,8%)	2,61	
Folhados	38 (5,7%)	143 (21,3%)	212 (31,5%)	279 (41,5%)	3,68	

**Significância a 1%

Após a caracterização dos hábitos alimentares passaremos a analisar as atitudes perante o corpo. Ao pensar no corpo podemos refletir sobre a visão antropológica e cultural do mesmo pois a imagem

corporal depende, como referimos, dos imaginários e dos paradigmas de partilha com o social envolvente. Neste sentido, a informação que se procurou recolher incide sobre a imagem do corpo e o controlo que sobre ele é exercido. Com a figura 2 referente ao Índice de Massa Corporal verificamos uma distribuição assimétrica positiva, isto é, a maioria dos alunos tem IMC normais ou abaixo do normal. Efetivamente, os resultados observados não nos indicando valores de IMC modais preocupantes (19,53) permitem-nos constatar que existem desvios que poderão configurar quadros de alguma relevância no que se reporta ao peso abaixo do normal (18%), ao excesso de peso (17%) e à obesidade 2%.

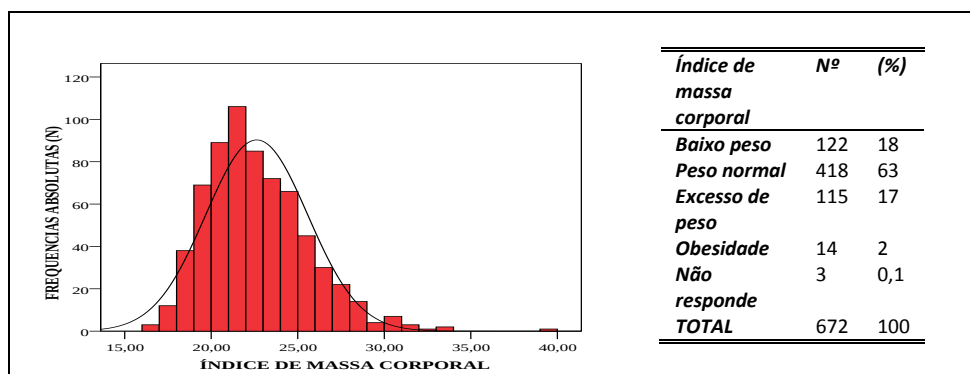


Figura 2 – Índice de Massa Corporal

O valor numérico de 18% para o peso abaixo do normal remete-nos para um quadro que poderá estar relacionado com alterações ao nível do comportamento alimentar, tão comuns e de enorme atualidade no meio estudantil. Também no estudo de Colares et al. ⁽¹⁵⁾, as estudantes universitárias revelam elevada preocupação em perder ou manter o peso, facto mais à frente observado, nas jovens por nós inquiridas. Esta preocupação poderá levar muitos jovens, sobretudo raparigas, à ingestão de dietas desequilibradas. São igualmente os jovens mais insatisfeitos com o seu corpo que recorrem à dieta como estratégia de beneficiação corporal. A dieta neste sentido constitui, um regime de restrição alimentar bastante mais recorrente e admitido entre as mulheres do que entre os homens, que tendem maioritariamente a recusá-lo (quadro 2). Com efeito, no universo juvenil feminino da amostra em estudo, 45,5 % fazem dieta, já no universo juvenil masculino apenas 26,1% admite essa prática, com diferenças estatísticas significativas ($p < 0,001$). Observam-se, ainda, diferenças com significado estatístico nas proporções ($p = 0,002$) entre esta variável e o Índice de Massa Corporal. Os jovens com baixo peso (73,8%) afirmam não fazer dieta nem praticar qualquer restrição alimentar, dados consentâneos com o descrito contexto de recusa alimentar associado ao receio de engordar. Referimos, ainda, que 252 (60,3%) jovens com peso normal não fazem dieta, ao contrário de 166 (39,7%) que tendo peso normal afirmam fazê-la. Assim, o grau de satisfação corporal interferindo na autoestima pode levar a diferentes reações e atitudes cuidativas. Relativamente à obesidade, observa-se que dez dos catorze jovens obesos afirmam fazer dieta. No entanto, o número dos estudantes com excesso de peso que afirma não praticar qualquer restrição alimentar é elevado (62,6%, versus, 37,4%), o que os coloca numa situação de enorme risco para a obesidade.

Quadro 2 – Relação entre as variáveis dieta, idade, sexo e o IMC

Quadro 2 – Relação entre as variáveis dieta, idade, sexo e IMC			
	Dieta		
	Não	Sim	Qui-Quadrado
Idade			
19-22	270 (60,25%)	176 (39,5%)	0,173
23-29	149 (65,9%)	77 (34,1%)	
Sexo			
Masculino	201 (73,9%)	71 (26,1%)	< 0,001**
Feminino	218 (54,5%)	182 (45,5%)	
Índice de Massa Corporal			
Baixo Peso	90 (73,8%)	32 (26,2%)	0,002**
Normal	252 (60,3%)	166 (39,7%)	
Excesso	72 (62,6%)	43 (37,4%)	
Obesidade	4 (28,6%)	10 (71,4%)	

**Significância a 1%

O bem-estar e a saúde dos jovens devem ser integrados num contexto de aprendizagem para a vida adulta. Frequentar uma instituição de ensino superior, não raras vezes longe do núcleo familiar, como acontece com grande parte dos jovens deste estudo, poderá conduzir a que muitos comportamentos se desenvolvam, nesta fase tão peculiar, em função do processo de socialização. Com efeito, os dados da figura 3 mostram que mais de metade dos jovens (52,2%) alterou os hábitos alimentares com a entrada no ensino superior. A alteração mais significativa (60,4%) está relacionada com a ingestão de alimentos diferentes, que poderão traduzir refeições menos equilibradas. O número de refeições diárias também sofreu alterações: 33,6% assinalaram ter reduzido o número de refeições, enquanto 6% aumentaram esse número. A análise identifica a expressão bastante generalizada de que a mudança dos hábitos alimentares, associada à entrada no ensino superior, se faz à custa de algum incumprimento do equilíbrio nutricional e da redução, em alguns casos significativa, do número de refeições diárias. Redução que poderá configurar um padrão de vivência noturna de convivialidade e de diversão que se prolonga pela noite fora, contribuindo para modificar o padrão e o horário das refeições, a sua composição e diversidade alimentar.

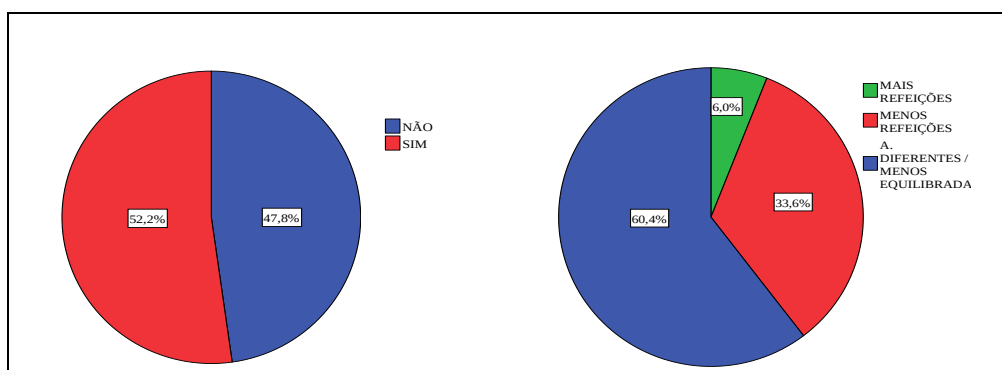


Figura 3 - Alteração dos hábitos alimentares associada ao ingresso e permanência no ensino superior e sentido dessa alteração

Na figura 4 podemos verificar que mais de metade dos alunos da amostra (53,3%) não pratica desporto. Dos 46,7% que praticam desporto, 34,2% praticam-no “1 a 2 vezes por semana”, 7,6% “3 a 5 vezes por semana” e apenas 4,9% pratica desporto “diariamente”. Estes resultados vão de encontro ao referencial teórico (OMS16; Observatório Português dos Sistemas de Saúde17; Pinheiro e Ferreira 18) que descrevem a população portuguesa, sobretudo a feminina como sedentária. Um estudo recente realizado na Universidade do Porto 19, chama a atenção para o elevado sedentarismo observado nesta população estudantil e evidencia a importância de adequar a oferta desportiva às preferências dos estudantes em número de modalidades e de espaços desportivos. A prática desportiva semanal e diária, na amostra de estudantes do Instituto Politécnico de Bragança, é significativamente maior nos rapazes do que nas raparigas (70,2%, versus, 30,8%). As diferenças estatísticas, entre os sexos, são altamente significativas ($p<0,001$). Também, Tercedor et al, 20 verificaram diferenças com o mesmo valor estatístico ($p<0,001$), em adolescentes espanhóis escolarizados (n=2859).

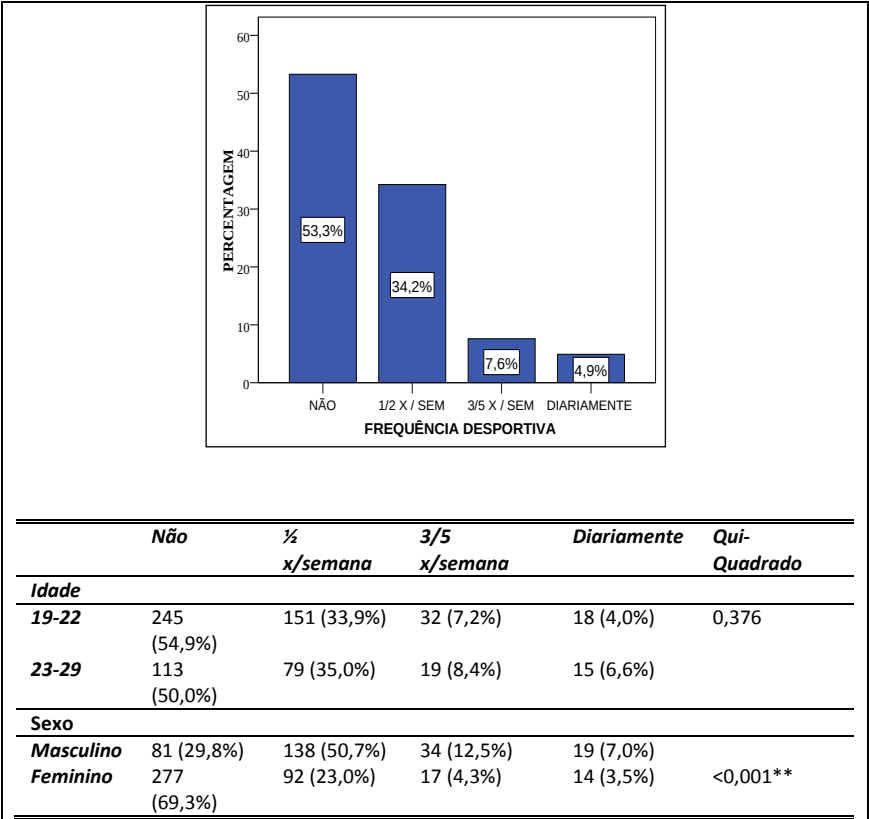


Figura 4 – Frequência desportiva dos jovens inquiridos

Questionados sobre a possibilidade de terem ocorrido mudanças relativamente aos hábitos desportivos em função da entrada no ensino superior, uma observação da figura 5 permite

constatar que muitos estudantes (63,1%) alteraram esses hábitos. A redução da prática desportiva é significativa (86,6%). Uma percentagem bastante menor (11,1%) pratica mais desporto, acrescida de 2,4% que começaram a praticá-lo. Estes resultados constituem por si, uma dupla preocupação. Por um lado, a diminuição da prática desportiva tem consequências negativas numa série de indicadores relacionados com a saúde a curto e, sobretudo, a longo prazo, por outro, a oportunidade de desenvolver e consolidar uma cultura desportiva poderá ficar seriamente comprometida. A influência da escola em todo o processo de escolarização dos jovens para a prática desportiva, analisada na perspetiva da promoção da saúde, poderá ser observada segundo dois prismas distintos: o nível de atividade física que a escola promove através de disciplinas do currículo escolar e as mensagens em termos valorativos desta prática.

Continuar a praticar desporto ao longo da frequência do Ensino Superior e pela vida adulta, poderá ancorar-se nestes dois aspetos. Na verdade, em muitas instituições de Ensino Superior existe uma cultura desportiva predominantemente associada ao conjunto de atividades de diversão, tempo livre e lazer, configurando um domínio que proporciona grande satisfação aos jovens. O prazer do convívio aliado ao bem-estar que o desporto produz é patente no perfil valorativo desta prática. Contudo, naquilo que nos é dado observar e, tendo em conta os resultados da nossa investigação, no conjunto das escolas que integram o Instituto não se observa uma cultura desportiva suficientemente mobilizadora.

Ficam em aberto as questões: o que leva estes jovens a diminuir a sua prática desportiva após a entrada no ensino superior politécnico? Terão estes comportamentos mais que ver com a falta de infraestruturas desportivas no sei do Instituto Politécnico de Bragança e locais, com a maior ocupação com os estudos ou motivos de outra ordem?

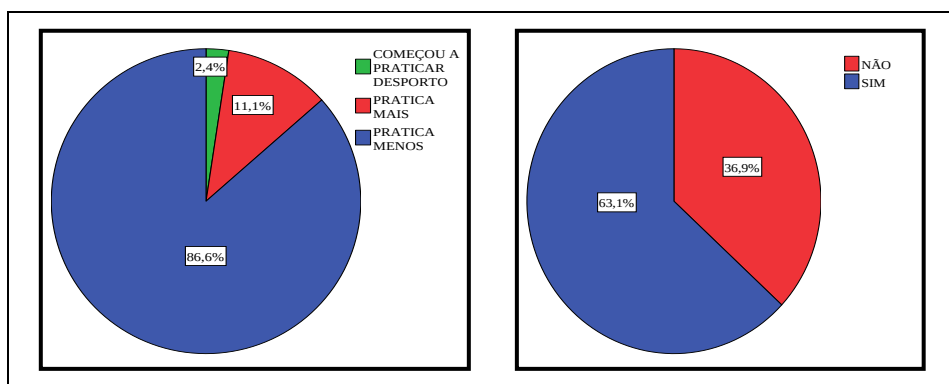


Figura 5 – Alteração da prática desportiva associada ao ingresso e permanência no ensino superior e sentido dessa alteração

Relativamente à perceção da imagem corporal (quadro 3) verifica-se que as diferenças observadas são a um nível de significância de 1% estatisticamente significativas para o fator intimidade e globalidade da escala de satisfação com o suporte social (ESSS²¹) e a 5% para o fator atividades sociais e para o fator autoeficiência do inventário do autoconceito (AC²²). Para as duas escalas estudadas verifica-se que os alunos mais satisfeitos e com níveis mais elevados de autoestima, em todos os fatores e globalidade são os que também estão satisfeitos com a sua imagem corporal.

Quadro 3 – Percepção do estado de saúde relacionada com a satisfação com o suporte social e autoconceito

Escala	Itens/ totais	Percepção da imagem corporal				Teste t	
		Melhorar		Satisfeito		ET	p
		M	d.p	M	d.p		
ESSS	SA	19,916	3,676	20,321	3,728	-1,374	0,170
	IN	15,003	3,499	15,883	3,056	-3,326	0,001**
	SF	11,068	2,493	11,642	2,234	-3,017	0,003
	AS	8,826	2,974	9,445	3,036	-2,586	0,010*
	Total	55,302	8,906	57,672	8,567	-3,389	0,001**
AC	ARS	18,258	3,125	18,493	2,825	-0,980	0,328
	AE	21,921	3,468	22,781	2,972	-3,300	0,001**
	MP	15,174	2,294	15,318	2,027	-0,824	0,410
	IA	12,011	1,819	11,971	1,673	0,286	0,775
	Total	75,207	8,855	76,518	8,074	-1,927	0,054

*Significância a 5%; **Significância a 1%

SA-Satisfação com amizades; IN-Intimidade; SF-Satisfação com a família; AS-Atividades sociais.

ARS-aceitação/rejeição social; AE-Auto-eficácia; MP-maturidade psicológica; IA-impulsividade/atividade.

Atendendo à percepção do estado de saúde (quadro 4) verifica-se que as diferenças observadas são a um nível de significância de 1% estatisticamente significativas para o fator intimidade e globalidade da escala de satisfação com o suporte social e para o aceitação/rejeição e globalidade da escala do autoconceito. A 5% foram encontradas significâncias para o fator família da escala de satisfação com o suporte social e fatores autoeficácia e impulsividade/atividade da escala do autoconceito. Para as duas escalas, verifica-se que os alunos mais satisfeitos e com níveis mais elevados de autoestima, em todos os fatores e globalidade consideram o seu estado de saúde bom ou muito bom.

Quadro 4 – Percepção do estado de saúde relacionada com a satisfação com o suporte social e autoconceito

Escala	Itens/ totais	Percepção do estado de saúde				Teste t	
		Razoável		Bom/Muito bom		ET	P
		M	d.p	M	d.p		
ESSS	SA	19,828	3,540	20,270	3,763	-1,479	0,140
	IN	14,950	3,466	15,684	3,184	-2,753	0,006**
	SF	11,059	2,516	11,495	2,296	-2,264	0,024*
	AS	8,895	2,934	9,234	3,070	-1,384	0,167
	Total	55,138	8,685	57,122	8,804	-2,792	0,005**
AC	ARS	17,787	3,079	18,718	2,886	-3,882	0,000**
	AE	21,883	3,063	22,565	3,361	-2,582	0,010*
	MP	15,046	2,310	15,361	2,100	-1,784	0,075
	IA	11,749	1,839	12,117	1,700	-2,592	0,010*
	Total	74,381	8,902	76,663	8,128	-3,343	0,001**

*Significância a 5%; **Significância a 1%

SA-Satisfação com amizades; IN-Intimidade; SF-Satisfação com a família; AS-Atividades sociais.

ARS-aceitação/rejeição social; AE-Auto-eficácia; MP-maturidade psicológica; IA-impulsividade/atividade.

4. CONCLUSÃO

Este estudo teve como preocupação central conhecer a aspetos da corporalidade em estudantes do ensino superior. Nesta fase em que se afastam da família parece-nos importante uma abordagem diferenciada, no sentido de implementar estratégias de promoção e de educação para a saúde,

individualizadas e adequadas a cada grupo. No que respeita à alimentação a quase totalidade dos inquiridos ingere diariamente as duas principais refeições do dia: o almoço e o jantar. O pequeno-almoço é tomado por mais de metade dos estudantes. Os alimentos “menos saudáveis” foram os menos consumidos contrariamente aos “alimentos saudáveis”. Verificámos valores modais de Índice de Massa Corporal normais, contudo, mais de metade dos inquiridos do estudo dizem ter alterado os hábitos alimentares com a entrada no Ensino Superior. Também, cerca de metade destes alunos afirmam não praticar desporto. Esta prática, é significativamente maior nos rapazes do que nas raparigas. Após o ingresso neste nível de ensino 63,1% alteraram a prática desportiva. A redução é significativa (86,6%).

Para as duas escalas verifica-se que os alunos mais satisfeitos com níveis mais elevados de autoestima, em todos os fatores e globalidade, são os que estão mais satisfeitos com a imagem corporal e consideram o seu estado de saúde bom ou muito bom. O ensino superior ministrando formação académica não poderá descuidar as vivências dos seus discentes contribuindo simultaneamente para desenvolver e solidificar o processo de construção plena da cidadania. Monitorizar a saúde dos estudantes ao nível das instituições de ensino superior e analisar os comportamentos de risco ou promotores da mesma deverá constituir-se uma prioridade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Goody, J. (1998). *Cozinha culinária e classe*. Lisboa: Celta.
- (2) Brownell, K. D.; Wadden, T. A. (1992). Etiologic and treatment of obesity: understanding a serious, prevalent and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 139, 1531-1538.
- (3) Kelder, S. H. et al (1994). Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviours. *American Journal of Public Health*, 84, 1121-1126.
- (4) Padez, C. (2002). Atividade física, obesidade e saúde: uma perspetiva evolutiva. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (1), janeiro/junho, 11-20.
- (5) Araújo, D.; Calmeiro, M.; Palmeira, A. (2005). Instrucciones para a práctica de actividad física. *Psicología del Deporte*, Vol. 5, (1 e 2), 257-269.
- (6) Castillo, I. (2008). Motivación y bienestar en deportistas de competición. *Psicología del Deporte*, Vol. 16, (2), 201-210.
- (7) Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. 2ª edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- (8) Ribeiro, A. (2003). *O corpo que somos: aparência, sensualidade e comunicação*. Porto. Editorial Notícias.
- (9) Bourdieu, P. (1998). *Escritos de Educação*. Petrópolis: Vozes.
- (10) Moura Ferreira, P. (2003). Comportamentos de risco dos jovens. In J. Machado Pais; M. Villaverde Cabral (Cord.). *Condutas de Risco, Práticas Culturais e Atitudes Perante o Corpo* (pp. 41-137). Oeiras: Celta Editora.
- (11) Schilder, P. (1968). *L'image du corps*. Paris: Gallimard.
- (12) Machado, L. F.; Matias, A. R (2006). Jovens descendentes de imigrantes nas sociedades de acolhimento: linhas de identificação sociológica. *CIES e-Working Paper*, (13), 1-23.
- (13) Ministério da Saúde (2005). *Educação para a Saúde. Áreas de Intervenção – Alimentação*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Consultado em junho, 2009, em www.dgs.pt
- (14) Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, (4), 611-624.

- (15) Colares, V.; Franca, C.; Gonzalez, E. (2009). Condutas de saúde entre universitários: Diferença entre géneros. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 25, (3), 521-528.
- (16) OMS (2002). Demographic tables/Table, Population of adult/working age group by country, 2005-2010. Consultado em fevereiro, 2005, em www.wpro.who.int/information_sources/databases/demographic_tables/gTable7.
- (17) Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010). Desafios em tempos de crise: Relatório de primavera. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Consultado em agosto, 2010, em <http://www.observaport.org/OPSS/Relatorios/RelatorioPrimavera2010.html>.
- (18) Pinheiro, C.; Ferreira, C. (2000). Estilos de vida em idade escolar da cidade de Coimbra: tempo dedicado à prática de atividades físicas e desportivas. In *Atas do IV Congresso Português de Sociologia. Passados recentes/futuros próximos*. Consultado em, junho 2006, em <http://www.aps.pt/ivcong-actas.htm>.
- (19) Corte-Real, N.; Dias, C.; Corredeira, R. (2008). Prática desportiva de estudantes universitários: o caso da Universidade do Porto. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, Vol.8, (2), 219-228.
- (20) Tercedor, P., Martín-Matillas, M., Chillón, P., Pérez, I., Ortega, F., Wärnberg, J., Ruiz, J.; Delgado, M y grupo AVENA. Incremento del consumo de tabaco y disminución del nivel de práctica de actividad física en adolescentes españoles. *Nutrición Hospitalaria*, 22, (1), 89-94.
- (21) Pais Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3, (XVII), 547-558.
- (22) Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico do Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7, (2), 67-84.

PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NA BEIRA INTERIOR

PREVALENCE OF BREASTFEEDING IN BEIRA INTERIOR

Bruno Gomes ¹; Paula Nelas ²; João Duarte ³;

¹ Centro Hospitalar Cova da Beira / SEG.BRUNO@gmail.com

² Escola Superior de Saúde de Viseu

³ Escola Superior de Saúde de Viseu

RESUMO

Enquadramento: As vantagens do aleitamento materno reúnem benefícios para a criança, mãe, família e sociedade. O aleitamento materno depende de fatores que podem influenciar positiva ou negativamente o seu sucesso. Alguns relacionam-se com a mãe e a sua atitude frente à situação de amamentar, outros referem-se às práticas de assistência obstétrica e ao ambiente sócio-demográfico em que estas práticas ocorrem.

Objetivos: Determinar a prevalência do aleitamento materno em crianças com idade até aos 2 anos, nos concelhos de Covilhã, Fundão, Guarda e Viseu; Identificar os fatores (sócio-demográficos, obstétricos e psicológicos) que possam vir a contribuir para manter a prática do aleitamento materno; Analisar a influência das variáveis sócio-demográficos, obstétricos e psicológicos na prevalência do aleitamento materno.

Métodos: Este estudo é de natureza quantitativa, transversal, de caráter descritivo-correlacional e explicativo, sendo a amostra não probabilística por conveniência (n=211). A recolha de dados efetuou-se através de um questionário, que se divide em duas partes e inclui o inventário de afeto materno e a escala de atitudes maternas face à amamentação. Este instrumento de colheita de dados foi aplicado às mães na consulta de saúde infantil dos 2 anos de idade.

Resultados: A maior parte das mulheres (23,2%) amamentaram o seu bebé num período entre 3 e 5 meses; 55,8%(frequência cumulativa) amamentaram por um período igual ou superior a 6 meses. A experiência anterior de amamentação ($p=0,042$) e a introdução da chupeta ($p=0,027$) têm poder explicativo sobre a duração do aleitamento.

Conclusão: A prevalência do aleitamento materno foi considerada bastante satisfatória quando comparada com diferentes estudos. Salienta-se a importância de reforçar a cultura de amamentação minimizando obstáculos e empoderando a mulher.

Palavra-chave: *Aleitamento Materno, Prevalência.*

ABSTRACT

Introduction: Breast feeding has advantages and benefits not only to the child and the mother, but also to the family and the society. Breastfeeding depends on factors that can positively or negatively influence its success. Some of these factors are strictly related to and dependant on the mother, like her thoughts and attitude towards breast feeding. Other contributing factors are related to the obstetric practice and also to the socio-economical environment in which the mother and the child live.

Objectives: To determine the frequency of breast feeding in children up to 24 months of age in the Covilhã, Fundão, Guarda and Viseu Counties; Identify the factors (sócio-economic, obstetric and psychologic) that contribute for breast feeding success and may account for its maintenance; To analyze the influence of socio-demographic, obstetric and psychological in the prevalence of breastfeeding.

Methods: This study is of a quantitative nature, transversal, and of a descriptive-correlational and explanatory character, being the non-probabilistic convenience sample (n = 211). Data collection was done through a questionnaire that mothers filled during their child's 2-year-old medical checkup. The questionnaire measured both maternal affection and the mother's thoughts and attitude towards breast feeding.

Results: 23.2% of women breast fed during the first 3-6 months, while a bigger percentage (55,8%) (Cumulative frequency) did so for a period equal or greater than 6 months. Prior experience with breastfeeding (p=0,027) and introduction of a pacifier (p=0,042), are also contributing factors for the duration of breast feeding.

Conclusion: Breast feeding maintenance was considered very satisfactory when compared with other studies. It will be very important to popularize and strenghten breast feeding behavior by means of minimizing obstacles and empowering the mothers.

Key words: *Breastfeeding, Prevalence.*

1. INTRODUÇÃO

A EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe, (2004) defende que a proteção, promoção e apoio ao AM são uma prioridade. As baixas taxas de aleitamento materno (AM) ou a sua cessação precoce têm importantes implicações desfavoráveis para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente. Todas as investigações têm por ponto de partida uma situação que se considera problemática e que por isso exige uma explicação.

Em Portugal, os estudos realizados sugerem que a maioria das mães decide amamentar, verificando-se elevadas percentagens de AM à saída da maternidade. No entanto, a duração e consequente abandono do AM parece ser o principal problema da sua prática, verificando-se ainda que os números da realidade portuguesa em relação ao AM exclusivo se encontram negativamente afastados da recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003).

As altas precoces que habitualmente se praticam, originam um regresso ao domicílio quando a amamentação ainda não se encontra bem estabelecida, pelo que nos questionamos sobre a adesão ao AM após a alta hospitalar e particularmente a influência de fatores de ordem sócio-demográfica, psicológica como é o caso do afeto e das atitudes maternas bem como do aspeto obstétrico.

A implicação desta multiplicidade de fatores, neste complexo processo, bem como a relação dos mesmos com o sucesso da amamentação ao longo dos primeiros dois anos de vida serviram de mote para o estudo. Tendo em conta a importância do leite materno na saúde infantil, o AM exclusivo constitui para a OMS uma recomendação de saúde pública, pelo que este estudo se revela importante ao estudar a adesão ao AM numa determinada área geográfica, bem como focalizar a nossa intervenção nos fatores que poderão estar na origem do insucesso do AM.

A experiência da amamentação, embora esteja grandemente relacionada com a mãe e o bebé, é fortemente mediada pelas experiências da mulher e pelas influências que sofre ao longo da vida. De

acordo com Pereira (2006) a decisão de amamentar decorre de dois contributos: a cultura em que se insere e a informação que detém sobre a temática.

Face ao exposto questionámo-nos: Qual a prevalência do AM até aos dois anos de idade, nos concelhos de Covilhã, Fundão, Guarda e Viseu?; Que variáveis sócio-demográficas (idade, estado civil, escolaridade, situação profissional e local de residência) influenciam a manutenção do AM?; Que variáveis obstétricas (número gestações anteriores, gravidez planeada, tipo de parto, gravidez termo/prematuridade, tempo amamentação filho anterior, experiência anterior de amamentação, decisão de amamentar, tempo iniciar amamentação após nascimento e introdução de chupeta) influenciam a manutenção do AM? E ainda, Será que as variáveis psicológicas (afeto materno e as atitudes maternas face à amamentação) influenciam a manutenção do AM?

2. MATERIAL E MÉTODOS

Concebemos um estudo de natureza quantitativa, com características de um estudo descritivo-correlacional, explicativo e de corte transversal.

Procurando responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita que foram delineados os seguintes objetivos: Determinar a prevalência do AM em crianças com idade até aos 2 anos, nos concelhos de Covilhã, Fundão, Guarda e Viseu; Identificar os fatores (sócio-demográficos, obstétricos e psicológicos) que possam contribuir para manter a prática do AM; Analisar a influência das variáveis sócio-demográficos, obstétricos e psicológicos na prevalência do AM;

Trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 211 mães residentes nos concelhos de Covilhã, Fundão, Guarda e Viseu e que obedeceram aos critérios de inclusão: concordância em participar no estudo; o último filho ter ± 2 anos. A colheita de dados decorreu de outubro de 2010 a maio de 2011.

O instrumento de colheita de dados aplicado (questionário) é constituído por duas secções. A primeira, é constituída por quatro partes que permitem a caracterização sócio-demográfica, avaliar a história da gravidez atual, a experiência anterior de amamentação e caracterização do AM. A segunda parte engloba as escalas do Inventário do Afeto Materno (Galvão, 2000) e a escala de Atitudes Maternas face à Amamentação (Levy, 2006), validadas para a população portuguesa.

O tratamento dos dados foi realizado através do programa estatístico SPSS versão 19.0. A decisão dos designs estatísticos (não paramétricos) teve em consideração as características da amostra. A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de $\alpha = 0,05$ com um intervalo de confiança de 95%. Como critérios na testagem de hipóteses estatísticas definiram-se: para um α significativo ($p \leq 0,05$) observam-se diferenças/associações entre os grupos. Para um $p > 0,05$ não se observam diferenças/associações significativas entre os grupos.

Para que fosse possível aplicar o instrumento de colheita de dados, foi efetuado um pedido formal dirigido aos diretores das Instituições onde decorreu o estudo.

Seguidamente faremos uma caracterização geral das participantes.

Tabela 1 – Distribuição das participantes segundo as variáveis sócio-demográficas

Variáveis Sócio-demográficas		Nº	%
Grupo Etário	19 - 35Anos	168	79,6
	≥ 36 Anos	43	20,4
Estado Civil	Solteira	33	15,7
	Casada/união de facto	172	81,5
	Divorciada	6	2,8
Portuguesa	Sim	204	96,7
	Não	7	3,3
Co-Habitação	Marido	34	16,1
	Marido e filhos	118	55,9
	Filho	5	2,4
	Pais	17	8,1
	Não Responderam	37	17,5
Escolaridade	Até ao 3º Ciclo	54	25,5
	Secundário	70	33,2
	Ensino Superior	86	40,8
	Não Responderam	1	0,5
Profissão	Quadros superiores/Intermédios	48	22,7
	Trabalhadores qualificados	50	23,8
	Trabalhadores não qualificados	110	52,1
	Não Responderam	3	1,4
Situação Profissional	Empregada tempo inteiro	171	81,0
	Empregada tempo parcial	14	6,6
	Desempregada	24	11,4
	Não Responderam	2	1,0
Residência	Aldeia	34	16,1
	Vila	78	37,0
	Cidade	97	46,0
	Não Responderam	2	0,9
Total		211	100,0

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de análise que agora se inicia está estruturado para dar resposta às questões de investigação.

Prevalência do AM e variáveis sócio-demográficas

No que respeita à idade, a média foi de 31,52 anos. Importa referir que no grupo de mães com idades superiores ou iguais a 36 anos obtivemos 20,4% da amostra, o que nos indica a existência de mães que tiveram os seus filhos nos extremos da vida fértil, que segundo Mendes da Graça (2005) se situa antes dos 18 anos e após os 35 anos de idade. Contudo, na nossa amostra não participaram mães adolescentes. No estudo realizado não existe diferença significativa entre os dois grupos, sendo legítimo concluir que a idade das mulheres não influencia a prevalência do AM ($p=0,936$), contudo, podemos verificar que, as mulheres mais novas (19-35 anos) obtiveram ordenações médias mais elevadas do que as mais velhas (≥ 36 anos) logo amamentaram durante mais tempo o seu atual filho.

Através dos coeficientes padronizados beta, obtidos pela regressão múltipla verificou-se que a variável idade, estabelece com a prevalência do AM uma relação indireta ($r=-0,043$, $p=0,262$).

Enquanto alguns autores consideram não haver uma associação significativa entre a idade materna e a duração do AM, outros, por sua vez, verificam que os filhos de mães mais velhas, mamam por mais tempo, exclusiva ou parcialmente, em relação aos filhos das mães mais jovens, especialmente quando estas tinham maior número de filhos e/ou história pregressa de sucesso em AM (Faleiros, Trezza & Carandina, 2006; Caldeira, Moreira & Pinto, 2007).

Para Santos, Ferrari & Tonete (2009), independentemente da idade materna, o desmame precoce tem se revelado um problema a enfrentar, condicionado por fatores emocionais, educacionais, culturais, familiares e sociais. Sarafana *et al* (2006), ao relacionarem as taxas de amamentação e a idade das mães verificaram que o grupo de mães entre os 15 e os 19 anos apresentaram taxas de AM inferiores e que, excetuando o 1º mês, as mães com mais de 34 anos são as que apresentaram taxas superiores de AM. Estes autores encontraram diferenças significativas entre as taxas de amamentação segundo a idade e o nível de escolaridade materna. Estes resultados justificam um maior investimento no apoio às mães mais jovens e com menor nível de instrução.

Quanto ao estado civil, verificámos que a maioria das mães (81,5%) está casada ou vive em união de facto. Ao relacionarmos o estado civil das mães com o tempo que amamentaram o atual filho, constatamos que as mulheres que são casadas/união de facto são aquelas que mantiveram o AM durante mais tempo (ordenações médias mais elevadas), ao contrário das mães divorciadas que amamentaram durante um período de tempo menor. O facto de as mães terem uma união estável e o apoio de outras pessoas, especialmente do marido ou companheiro, parece exercer uma influência positiva na duração do AM. Tanto o apoio social e económico, como o emocional e o educacional parecem ser muito importantes, sendo o companheiro a pessoa de maior peso nesses diferentes tipos de apoio (Faleiros, Trezza & Carandina, 2006; Caldeira, Moreira & Pinto, 2007).

Segundo um estudo exploratório realizado por Coutinho & Leal (2005), para as mulheres o apoio dos seus companheiros, relativamente à amamentação, é indispensável e consideram também que os técnicos de saúde ajudam as mulheres e que a amamentação é um método socialmente aceite.

Resultados do estudo de Karrascoza, Júnior & Moraes (2005), sugerem que quanto maior a estabilidade conjugal, maior é a hipótese de a mãe prolongar a amamentação, diminuindo assim os riscos de ocorrência de desmame precoce. Estes autores concluíram que as mães que eram encorajadas e recebiam um apoio familiar adequado apresentavam maior probabilidade de amamentar com sucesso.

No presente estudo, 40.8% das participantes possuía formação académica superior e 25.5% da amostra tinha habilitações até ao 3º ciclo de escolaridade. Desde 1993, a escolaridade mínima obrigatória no nosso país é de 9 anos.

A maioria dos estudos indica melhores índices de AM nos filhos de pais com maior nível de escolaridade e socioeconómico, como relata Kummer *et al*, citado por Silva & Souza (2005). Segundo Almeida (1996,) citado por Maia (2007), o maior nível de escolaridade nos países industrializados encontra-se associado ao sucesso do AM, dado que as mães amamentam mais e durante mais tempo, situação inversa à verificada nos países em desenvolvimento.

No que se refere ao grau de instrução materna, muitos estudos têm demonstrado que esse fator afeta a motivação para o amamentar. Em muitos países desenvolvidos, mães com maior grau de instrução tendem a amamentar por mais tempo, talvez pela possibilidade de um maior acesso a informações sobre as vantagens do AM (Faleiros, Trezza & Carandina, 2006).

Também o estudo de Sarafana *et al* (2006), no qual se observou uma relação estatisticamente significativa entre a amamentação e a escolaridade, com as mães de escolaridade superior a amamentarem mais e durante mais tempo. Igualmente nos estudos de Galvão, 2005; Branco, 2004 e Caldeira, Moreira & Pinto, 2007, foram as mães com maiores habilitações literárias que mais prolongaram a amamentação.

Contrariamente aos resultados encontrados noutras investigações, no nosso estudo, não se observou uma associação estatisticamente significativa entre a escolaridade e a duração do AM ($p=0,618$), apesar de se observar uma tendência para o aumento da prevalência do AM associada ao nível de escolaridade. No entanto, estes resultados, são coincidentes com os estudos de Caldeira (2003 *apud* Caldeira, Moreira & Pinto, 2007), realizados no Centro de Saúde de Barão Corvo da Aútoria ($n=91$) e estudo na Maternidade do Hospital Santa Maria ($n= 475$), baseado em questionários diretos aplicados no pós-parto, aos 3 e 6 meses (Sandes, 2007), bem como outros estudos nacionais de Batalha (2004); Lopes & Marques (2004) e Maia (2007).

A taxa de atividade feminina em Portugal ultrapassa a média europeia, com um dos valores mais elevados da Europa Comunitária, sendo o estado membro da União Europeia (UE) onde as mães com filhos até aos 10 anos trabalham mais horas (Maia, 2007). De acordo com a mesma autora a modalidade de trabalho predominante na população feminina portuguesa em relação a outras realidades europeias, é o trabalho a tempo inteiro, que atinge valores da ordem dos 80%. Salienta-se ainda a fraca taxa de emprego feminino a tempo parcial com um valor de apenas 8,2%, quando a média da UE é de 17,2%.

No presente estudo a maioria (87,7%) das participantes exerce uma atividade Profissional. Referindo-se a diversos estudos Faleiros, Trezza & Carandina (2006), salientam que independentemente da ocupação da mãe, o que parece ter mais importância é o número de horas de trabalho sendo maiores os índices de desmame quando o mesmo excede as 20 horas semanais, salientando também a influência negativa existente entre o facto de a mãe se ocupar de todos os afazeres domésticos.

A maior percentagem das participantes do nosso estudo (81%) trabalha a tempo integral, havendo 6,6 % que referiram trabalhar a tempo parcial, valor este que não permite inferir conclusões.

No estudo conjunto da informação referente à situação profissional das mães e o tempo de amamentação do atual filho, podemos verificar que as mães que referiram estar empregadas obtiveram ordenações médias muito mais elevadas (107,63) do que aquelas que referiram estar desempregadas (89,76), logo amamentaram durante mais tempo o seu atual filho. Com a finalidade de verificar se as diferenças encontradas são estatisticamente significativas, aplicámos o teste de Mann-Whitney. Assim encontrando um valor de “p” superior ao nível de significância fixado ($\alpha =0,05$), considerámos desta forma, que não existe diferença significativa entre os dois grupos, sendo legítimo referir que a situação profissional das mães não influencia a manutenção do AM.

No estudo descritivo realizado por Galvão (2006) com 607 pares mãe/bebé avaliados durante três meses, as mães residentes em meio rural foram as que mais prolongaram a amamentação dos seus filhos. A mesma autora citando Arelo Manso (1985), refere que amamentam por períodos mais prolongados mães residentes em meio urbano. No nosso estudo, podemos constatar que as mães residentes nas vilas foram as que obtiveram ordenações médias mais elevadas (108,96), sendo que as ordenações médias mais baixas se verificaram nas que residem nas aldeias (meio rural). Pelo teste de Kruskal-Wallis e seus resultados constatamos que as diferenças entre os dois grupos não são significativas ($p> 0,05$).

Prevalência do AM e variáveis Obstétricas

No nosso estudo não se observaram correlações significativas entre a paridade e a duração do AM o que vai no mesmo sentido dos resultados do estudo de Maia (2007).

Lopes & Marques (2004) chegaram a resultados divergentes com um estudo no qual se observou uma associação entre a paridade e a duração do aleitamento, sendo a duração da amamentação superior nas mulheres com um ou mais filhos, tal como no estudo de Caldeira, Moreira & Pinto (2007). Já no estudo de Branco (2004), foram primíparas as que amamentaram durante mais tempo. A influência da paridade materna na decisão pelo tipo de aleitamento é um fator bastante discutível na literatura, com alguns estudos sugerindo que as primíparas, ao mesmo tempo que mais propensas a iniciar o aleitamento, costumam mantê-lo por menos tempo, introduzindo mais precocemente os alimentos complementares, parecendo haver para as múltiparas uma forte correlação entre o modo como os seus filhos anteriores foram amamentados e de que forma o último filho, o será (Faleiros, Trezza & Carandina, 2006).

Rejeitamos a relação entre o número de gestações anteriores e a duração do AM atual, que, após a execução do teste de de Mann-Whitney, demonstrou a não existência de diferença estatisticamente significativa ($p = 0,213$), apesar de ter ordenações média mais elevadas.

Através dos coeficientes padronizados beta, obtidos através da regressão múltipla verificou-se que só a variável, número de partos anteriores, estabelece com a prevalência do AM uma relação indireta ($r = -0,019$, $p = 0,396$). Assim sendo, quanto maior for o seu valor menor será a prevalência do AM.

A realização de esquemas de vigilância da gravidez considerados adequados é um dos indicadores na área da saúde materna que se tem revelado responsável pela redução da mortalidade materna e perinatal, juntamente com a melhoria do nível sócio económico e dos cuidados de saúde disponíveis (Ministério da Saúde, 2002).

No nosso estudo, a quase totalidade da população (97,6%) efetuou vigilância da gravidez, e a maioria das participantes do estudo (84,8%) refere que a gravidez foi planeada o que nos parece revelar uma sensibilidade da população em estudo para a importância da vigilância da gravidez. Referindo Caldeira, Moreira & Pinto (2007), as mulheres com gravidezes não vigiadas encontram-se entre as que abandonam mais precocemente o AM.

Observou-se que a maioria das mulheres do nosso estudo (76,8%) teve um parto por via vaginal. Podemos observar que, as ordenações médias obtidas pelas participantes que tiveram um parto “vaginal” são superiores (107,60) às verificadas pelas mães que tiveram um parto “abdominal” (100,71), logo amamentaram o seu filho durante mais tempo. Contudo, o teste de Mann-Whitney não revelou a existência de diferenças significativas entre os grupos ($p = 0,488$), sendo que, Lopes & Marques (2004) chegaram a resultados idênticos.

Quanto ao tipo de parto, parece haver maior facilidade no estabelecimento da lactação mais precoce e efetiva no parto vaginal, uma vez que não está presente o fator dor incisional ou o efeito pós-anestésico da cesariana, dificultando, portanto, as primeiras mamadas (Faleiros, Trezza & Carandina, 2006). No parto normal, o primeiro contacto mãe/filho ocorre mais precocemente, enquanto na cesariana dificilmente a criança vai até a mãe antes das primeiras seis horas pós-parto, propiciando a introdução de fórmula láctea ou glicose para o recém-nascido (Faleiros, Trezza & Carandina, 2006; Estévez, Medina, & Aguilar, 2005).

Salientamos também a quase concordância da percentagem, no nosso estudo, do parto por cesariana com as recomendações da OMS, que recomenda que esta prática se deve localizar entre

15% e 20%. Os partos distócicos e nomeadamente as cesarianas podem dificultar o contacto precoce e a prática precoce da amamentação, pelo que os números do estudo devem merecer uma reflexão não só dos motivos que estarão na sua origem, bem como das suas consequências para as mães e recém-nascidos (Maia, 2007).

De acordo com a mesma autora, dados disponíveis de 2005 mostram que a realidade portuguesa se encontra acima da média preconizada pela OMS, com uma taxa de cesarianas de 34,7%, havendo grandes diferenças entre unidades do setor público e privado, com estes últimos a ter valores superiores ao dobro das instituições de saúde públicas.

Observámos que a maioria das mulheres (79,1%) tiveram uma gestação de termo e 20,9% uma gestação pré-termo, tendo-se verificado que as mulheres que tiveram uma gestação de termo amamentaram o seu filho durante mais tempo que as mães que tiveram filhos prematuros. Contudo, após aplicação do teste de Mann-Whitney não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de mulheres ($p=0.48$).

As consultas durante o período pré natal têm para além de outros objetivos a promoção da educação para a saúde, constituindo momentos ideais para a realização de intervenções educativas e de sensibilização para o AM (Direção Geral de Saúde, 1993 *apud* Pinto, 2008). Sendo a preparação para a amamentação parte integrante da educação para a saúde a realizar pelos profissionais de saúde durante a gravidez (Direção Geral de Saúde, 1993), os resultados merecem por isso uma reflexão.

Dado que 90,1% das participantes afirmou que a decisão de amamentar foi tomada por iniciativa própria indo de encontro a vários estudos realizados (Almeida, 1996; Royal College of Midwives, 1994). Apenas 7.9% das inquiridas decidiu amamentar por conselho dos profissionais de saúde o que vai de encontro ao estudo realizado por Maia (2007) em que se obteve uma percentagem de 4,7%. A decisão de amamentar esta presente mais precocemente em mães que possuem um emprego (Galvão, p. 120, 2006).

Podemos então afirmar que de acordo com estes estudos existe um reforço da decisão pessoal em amamentar, ao que indiretamente aponta para a importância de uma cultura de amamentação, a qual deve de ser desenvolvida e projetada a longo prazo.

No presente estudo as participantes que decidiram amamentar, por iniciativa própria constituíram um grupo de ordenação médias mais elevadas, mas sem contudo apresentar diferença estatisticamente significativa, relativamente ao tempo de duração da amamentação ($p=0.242$). A decisão de amamentar é tomada geralmente em fases precoces da gravidez e o que mais determina essa decisão é a intenção prévia de o fazer (Pinto, 2008). No caso de posteriores estudos seria importante estabelecer com precisão quando surgiu a decisão de amamentar, verificando também se esta teve acompanhamento dos profissionais de saúde e se influenciou a prevalência do AM.

A intenção do casal em amamentar deve ser trabalhada com os profissionais de saúde durante o período gravídico, o mais precocemente possível, segundo aquilo que são as melhores práticas e tendo em conta o espaço familiar (Pinto, 2008).

Quando questionada a principal fonte de formação/informação sobre AM, referiram os profissionais de saúde como a principal fonte de formação/informação. De acordo com um estudo de Sarafana *et al* (2006), os livros e revistas foram referidos como o principal agente da ação educativa, apenas por 2% da amostra. Contrariando a tendência do estudo realizado por Maia (2007) em que 32,8% das participantes referiram os livros/revistas como a principal fonte de formação/informação sobre AM, valor apenas ultrapassado pelos profissionais de saúde. A autora referenciada anteriormente faz também referência a um estudo de Pinto, Pereira & Martins (1995) em que, a ação dos profissionais

de saúde parece ser insuficiente e mesmo inferior à exercida por amigos, família e meio de comunicação social na modulação de comportamentos em prol do aleitamento.

De salientar também o facto de que os ensinamentos sobre o AM, de acordo com a nossa amostra, serem realizados maioritariamente por enfermeiros (71,6%) o que evidencia o papel proactivo do mesmo em todo esse processo, tal como o preconizado pela OMS. Assiste-se atualmente a uma deslocação da tradicional transmissão de conhecimentos de mãe para filha, para um papel cada vez mais relevante dos profissionais de saúde como principais fontes de informação sobre o AM.

Estes resultados são superiores aos resultados do estudo realizado por Sarafana *et al* (2006), em que 50% das mães que tiveram algum tipo de orientação pré natal para a amamentação referiram o enfermeiro como o principal agente da ação educativa sobre AM.

A importância dos vários atores que ocupam o espaço social da mulher que amamenta, como o pai ou o companheiro e as avós, ou seja, a componente familiar, deve ser encarada como alvo das estratégias de promoção, proteção e apoio ao AM (Pinto, 2008). O anteriormente referido revela a importância de fomentar uma cultura de amamentação no núcleo familiar e não centralizando única e exclusivamente na mãe, salientamos então a importância de criar ações que visem incrementar o AM na sociedade. O facto de a mãe, muitas vezes, falhar na amamentação, apesar de um forte desejo de efetivá-la, pode ser devido à falta de acesso à orientação e ao apoio adequado de profissionais ou de pessoas mais experientes dentro ou fora de sua família (Faleiros, Trezza & Carandina, 2006).

Após uma experiência prévia positiva, provavelmente, terão mais facilidade para estabelecer AM com os demais filhos. Parece haver uma forte correlação entre a intenção da gestante em amamentar seu filho e a duração da amamentação (Faleiros, Trezza & Carandina, 2006).

Podemos constatar que as mães que referiram que essa experiência foi agradável amamentaram o atual filho durante mais tempo do que aquelas que referiram que essa experiência anterior foi desagradável. Desta forma parece que a experiência anterior de amamentação tem poder explicativo sobre a duração do AM, sendo comprovado pela diferença estatística significativa encontrada ($p=0,042$).

A análise do tempo que as mulheres referiram ter amamentado o filho anterior, permite constatar que a maioria (25,3%) o fez por um período de três meses a cinco meses. A média calculada do tempo de amamentação é de $8,15 \pm 6,08$ meses, sendo a moda e a mediana de seis meses, o máximo de tempo de amamentação foi de 2 anos. Após realização da análise bivariada referente à prevalência do AM e experiência anterior de amamentação podemos verificar que 55,8% das mulheres para quem a experiência anterior de amamentação foi agradável amamentou o atual filho por um período igual ou superior a 6 meses, contrapondo com as que referiam uma experiência anterior desagradável (16,7%).

Os principais motivos referidos pelas participantes que caracterizam a experiência anterior como desagradável são “inexperiência e peito gretado” (33,3%), seguindo-se com 16,7% a “dor e sangramento”, a “dependência que causa” e “mastite”.

Segundo Fujimori *et al* (2010), a insegurança materna decorrente da falta de experiência, tanto pessoal, quanto por observação de outras mulheres que amamentam, é um fator que influencia a decisão por essa prática e pela sua manutenção. É importante salientar, no entanto, que embora possa ser uma influência positiva o facto de ter visto outras mulheres amamentarem, ou ter amamentado outro filho com sucesso, há que se considerar que os atos humanos não se constituem em mera repetição. Para Fujimori *et al* (2010), citando Ramos & Almeida (2003) e Rezende *et al*

(2002), a amamentação é um processo diferente a cada experiência, e por isso precisa ser “aprendido” e “reaprendido”.

O tempo de colocação do RN à mama, foi para a maioria (51,2%) das participantes, que amamentou o seu bebé, os 30 minutos a seguir ao parto, seguindo-se 19,4% que o fizeram entre os 30 minutos e uma hora. De referir, que 12,8% das mães só amamentaram o seu bebé após mais de duas horas depois do nascimento, tempo excessivamente longo. A fim de verificarmos a relação entre o tempo que decorreu entre o nascimento do bebé e o início da amamentação com a prevalência do AM, utilizámos o teste Kruskal-Wallis, não existindo diferenças significativas ($p = 0,359$). Pensamos que o atraso da colocação do RN a mama após o nascimento poderá estar relacionado questões assistenciais que dependem exclusivamente dos próprios profissionais de saúde e as práticas hospitalares, opinião corroborada por Galvão (2006).

Quando questionado o recurso utilizado para solucionar as dificuldades/problemas sentidas pelas participantes salienta-se a figura do enfermeiro (53,4%) como o profissional de saúde mais referido, contrariamente ao estudo de Maia (2007) que referia ser o pediatra. Também Pereira (2004) no seu estudo verificou uma associação positiva entre o apoio dos enfermeiros e o sucesso do AM, fazendo também ele referencia a outros autores que corroboravam iguais resultados (Hall, 1978; Izatt, 1997; Hillenbrand & Larsen, 2002 e Hong, Callister & Schwartz, 2003).

Seria também importante criar programas de intervenção e apoio à amamentação no domicílio, à semelhança do que acontece em outros países europeus. Graça (1999) efetuou um estudo experimental no distrito de Viana do Castelo, tendo concluído da importância da visita domiciliária de carácter formativo, responsável pela diminuição significativa das dificuldades das primíparas que foram estudadas. Os resultados do estudo indicam ainda a valorização e satisfação das primíparas que receberam visita domiciliária, para com os profissionais de enfermagem envolvidos.

O recurso ao apoio de enfermeiros aquando do aparecimento de dificuldades ainda que só ao nível hospitalar e/ou centro de saúde revelou ser influente na duração da amamentação. Também as mães que beneficiaram de algum contacto após a alta hospitalar, aos 3 e 6 meses sentiram-se mais satisfeitas com a amamentação (Galvão, 2006).

No que se refere ao motivo principal que levou a mulher a deixar de amamentar, foi o facto de falta de leite (33,3%). Motivos como, a bebe deixar de mamar (7,6%), bebe não aumentar de peso (6,3) e os motivos profissionais (5,2%), foram os aspetos mais mencionados). De acordo com Coutinho (2009), Lopes & Marques (2004) a principal razão referida pelas mulheres para abandono do AM deve-se à falta de leite produzido (47,5% e 57,5% respetivamente), contudo a falta de disponibilidade para amamentar foi também referida com motivo de abandono do AM, facto este que pode estar relacionado com o regresso ao trabalho. Podemos também inferir que para a amostra em questão tal como foi referido pelos autores supracitados o regresso ao trabalho parece não interferir grandemente na continuidade do AM.

Salientamos ainda o facto de na literatura existir referencia a que a maior parte das razões invocadas pelas mães para o abandono do AM é de carácter subjetivo e prende-se com receios maternos (Caldeira, Moreira & Pinto, 2007).

A maioria das participantes do nosso estudo (63,5%) não estipulou um horário certo para amamentar o bebé. O que vai de encontro com a opinião dos autores consultados e com as recomendações da OMS.

Para Fujimori *et al* (2010), citando Giugliani (2000) e Euclides (1997), a livre demanda deve ser encorajada, pois a prática de amamentar sem restrições de horário associa-se a ganho de peso adequado, melhor estabelecimento e maior duração do AM. Contudo, mamadas com intervalos

curtos, a cada 30 ou 40 minutos, ou mesmo de hora a hora, como referido por algumas mulheres, são preocupantes e podem indicar que o lactente não pega na mama corretamente (Fugimori *et al*, 2010).

Um dos dez passos para o sucesso do AM, segundo a Declaração de Innocenti, Itália, 1990 (OPAS.OMS, 2001), é a não utilização de chupetas e bicos artificiais por crianças amamentadas a mama.

Relativamente a introdução de chupeta, verifica-se que a maioria (72,0%) das participantes o fez. Das mulheres que introduziram a chupeta nos seus bebés, a maioria (61,2%) fê-lo na 1ª semana, sendo que 17,8% o fizeram logo no 1º dia. Em média, fizeram-no por volta do 10º dia. Aspeto este que pode ser justificado com o que pode estar associado ao facto de grande parte de profissionais de saúde, assim como leigos e mães, acreditam que as chupetas são inofensivas e até mesmo necessárias e benéficas para o desenvolvimento da criança, tendo atitude indiferente ou permissiva (Lamounier, 2003; Victoria *et al*, 1997).

As mulheres que não introduziram a chupeta amamentam os seus filhos por mais tempo quando comparadas com aquelas que introduziram a chupeta ($p = 0,027$). Logo, podemos afirmar que a introdução da chupeta tem poder explicativo sobre a duração do AM.

Deixar o bebé dormir habitualmente no seu quarto é prática habitual para a maioria (62,6%) das mulheres em estudo. Não foi identificada no estudo diferença estatística significativa ($p = 0,278$). Na pesquisa bibliográfica realizada não foi possível encontrar dados sobre esta temática, mas de acordo com as recomendações da OMS que preconiza o alojamento conjunto desde o nascimento pensamos esta prática ser vantajosa face prevalência do AM principalmente no primeiro meio ano de vida. Após esta idade e reportando-nos ao conhecimento empírico na área da pediatria esta será a idade em que se deve começar a alojar a criança no seu próprio quarto.

O inventário do afeto materno permite-nos avaliar o envolvimento materno na componente da relação mãe/filho das mulheres em estudo. O valor médio observado foi de 94,06 (para um máximo possível de 104), podemos concluir que as participantes apresentam uma forte ligação materna.

Ao relacionarmos o envolvimento materno na componente da relação mãe/filho e a duração do AM, observa-se uma tendência para o envolvimento materno se correlacionar positivamente com a duração do AM, embora a diferença não seja estatisticamente significativa ($p = 0,747$). O interesse do estudo das atitudes face à amamentação tem estado motivado, pela possibilidade de se poder prever o comportamento a partir delas.

Relacionando as atitudes maternas face à amamentação com a prevalência do AM, observa-se que diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$) para as variáveis em estudo. Quanto as atitudes maternas face à amamentação, as ordenações médias mais elevadas verificam-se na dimensão comportamento (128,31) e decisão de amamentar (128,89) nas mulheres que amamentaram a mais de 12 meses e a menos de 18, contudo na norma subjetiva, são as mulheres que amamentam à mais de um mês e à menos de três que apresentam as ordenações médias mais elevadas (127,42).

A importância dos vários atores que ocupam o espaço social da mulher que amamenta, como o pai ou o companheiro e as avós, pelo que toda a componente familiar deve ser encarada como alvo das estratégias de promoção, proteção e apoio ao AM (Galvão, p.119 2006, Pinto, 2008). Este facto assume particular significância se tivermos em linha de conta que a norma subjetiva avalia a opinião da mãe acerca das opiniões de pessoas significativas relativamente ao AM e ao aleitamento artificial, bem como a opinião dessas pessoas. No presente estudo a norma subjetiva apresenta valores bastante baixos, o que, de acordo com a escala, condiciona a decisão de amamentação.

O anteriormente referido revela a importância de fomentar uma cultura de amamentação no núcleo familiar e não centralizando única e exclusivamente na mãe, salientamos então a importância de criar ações que visem incrementar o AM na sociedade, bem como o desenvolvimento de pesquisas dentro desta temática.

A fim de caracterizar os preditores do AM efetuou-se uma correlação linear múltipla, onde se pode constar que a decisão de amamentar tem valor explicativo na variável dependente “prevalência do AM”.

Por sua vez os coeficientes padronizados beta indicam que “as atitudes perante o comportamento” é a variável com maior peso preditivo, sendo que, a que apresenta menor peso é o número de partos anteriores.

Através dos coeficientes padronizados beta, obtidos pela regressão múltipla verificou-se que as variáveis decisão de amamentar estabelecem com a prevalência do AM uma relação indireta ($r=-0,039$, $p=0,287$).

Prevalência do AM

A prevalência de AM encontrada neste estudo foi aos seis meses (55,8%), valores que se afastam dos encontrados nas séries portuguesas mais recentes, que confirmam um ligeiro crescimento da prevalência do AM nos últimos anos em Portugal. No estudo de Caldeira, Moreira & Pinto, (2007), é de 98% à data da alta da maternidade e aos seis meses de 34%.

4. CONCLUSÃO

Esperamos que os resultados deste estudo tenham trazido à tona aspetos cruciais que influenciam a prevalência do AM, e que o mesmo possa contribuir para o aprofundamento dos conhecimentos já existentes nesta área, esperamos também contribuir para uma tomada de consciência/reflexão relativamente às práticas dos profissionais, o que se traduzirá em benefício para a mulher/bebé/família/sociedade.

As melhores estratégias são as que associam a componente de aquisição de conhecimentos/formação de atitudes positivas à componente de aprendizagem e treino de capacidades, e isto numa lógica longitudinal que vise reforçar a cultura de amamentação minimizando obstáculos e empoderando a mulher.

Salienta-se ainda o facto de a introdução da chupeta e a experiência anterior de amamentação agradável serem as variáveis que apresentaram significância estatística significativa.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Almeida, M. L. (1996). O sucesso no aleitamento materno: contributo de uma intervenção clínica. *Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa*. Lisboa.
- (2) Branco, A. S. (setembro/dezembro de 2004). Aleitamento materno: a prática hospitalar e o sucesso das medidas de implementação do aleitamento materno até aos seis meses de vida. *Acta pediátrica portuguesa*, Vol.35, nº 5 e 6.
- (3) C.Batalha, L. M. (Setembro de 2004). Aleitamento materno na região do Baixo Mondego. *Revista Sinais Vitais*. Nº 56, pp. 19-22.

- (4) Caldeira, T., Moreira, P., & Pinto, E. (2007). Aleitamento materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono. *Revista Portuguesa Clínica Geral* , pp. 685-699.
- (5) Coutinho, B. S. (2009). A importância da amamentação na relação mãe/filho. *Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa* . Ponte de Lima.
- (6) Coutinho, J., & Leal, I. P. (2005). Atitudes de mulheres em relação à amamentação – Estudo exploratório. *Análise Psicológica*. pp. 277-282.
- (7) Estévez, M. D., Medina, R. S., & Aguilar, M. J.-E. (2005). *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier.
- (8) Euclydes, M. (1997). Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada. *UFV* .
- (9) Europe, E. P. (2004). *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe*. Trieste.
- (10) Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- (11) Fugimori, E. e. (Abril/Junho de 2010). Aspectos relacionados ao estabelecimento e manutenção do aleitamento materno na perspectiva de mulheres atendidas numa unidade básica de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* . , 14, pp. 315-27.
- (12) Galvão, D. M. (2006). *Amamentação Bem Sucedida: alguns Factores determinantes*. Loures: Lusociência.
- (13) Giugliani, E. R. (2002). *Amamentação exclusiva e sua promoção*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- (14) Hall, J. M. (Novembbro/Dezembro de 1978). Influence breastfeeding sucess. *Journal Nurse*, pp. 28-32.
- (15) Hillenbrand, K. M., & Larsen, P. G. (2002). Effect of an educationall Intervention about brestfeeding on the knowledge. *American Academy of Pediatrics* , pp. 59-65.
- (16) Hong, T. M., Callistter, L. C., & R., S. (Janeiro/Fevereiro de 2003). First time mothers views os brestfeeding support from nurses. *MCN am Journal Matern Child Nurses* , pp. 10-15.
- (17) Izatt, S. D. (Junho de 19977). Brestfeeding couselling by heallth care providers. *J Hum Lact.*, pp. 109-113.
- (18) Karrascoza, C. C., Júnior, Á. L., & Moraes, A. B. (Outubro/Dezembro de 2005). Factores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento. *Estudos de Psicologia* , Vol. 22, nº4, pp. 433-440.
- (19) Laleiros, F. T., Trezza, E. M., & Carandina, L. (Outubro de 2006). (R. Nutrição, Editor) Obtido em 7 de Abril de 2011, de AM: factores de influência na sua decisão e duração: [www:<URL:http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=442902&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=442902&indexSearch=ID)
- (20) Lamounier, J. A. (2001). O Efeito dos bicos e chupetas no aleitamento materno. *Jornal de Pediatria* , 79, 284-7.
- (21) Lopes, B., & Marques, P. (2004). Prevalência do aleitamento materno no distrito de Viana do Castelo nos primeiros 6 meses de vida. *Revista Portuguesa Clínica Geral* , pp. 539-544.
- (22) Maia, M. J. (2007). O Papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno. *Dissertação de Mestrado em Enfermagem – no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto* . Porto.
- (23) Mendes da Graça, L. (2005). *Medicina Materno-Fetal* (3ª ed.). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas Lda.

- (24) Midwife, R. C. (1994). *Lactancia materna: Manual para profesionales*. Barcelona: Associació Catalana Pró Alletament Matern.
- (25) ORGANIZATION, W. H. (2003). *Global strategy on infant and young child feeding*. Geneva.
- (26) Pereira, M. A. (2006). *Aleitamento Materno - Importância das correção da pega no sucesso da amamentação* (1ª ed.). Loures: Lusociência.
- (27) Pereira, M. A. (2004). Aleitamento materno: estabelecimento e prolongamento da amamentação. Intervenções para o seu sucesso. *Tese de doutoramento apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto*. Porto.
- (28) Pinto, T. (2008). Promoção, protecção e aleitamento materno da comunidade: revisão das estratégias no período pré-natal e depois da alta. In *Arquivo Medicina*.
- (29) Resende, J. d. (2002). *Obstetrícia* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- (30) Sandes, A. R. (2007). Aleitamento Materno: Prevalência e Factores Condicionantes. *Acta Médica Portuguesa*, pp. 193-200.
- (31) Santos, L. C., Ferrari, A. P., & Tonete, V. L. (Outubro/Dezembro de 2009). Contribuições da Enfermagem para o Sucesso do Aleitamento na Adolescência: Revisão intergrativa da literatura. *Ciencia Cuidados de Saúde*: , pp. 691-698.
- (32) Sarafana, S. [. (Janeiro/Fevereiro de 2006). Aleitamento materno: evolução na última década. *Acta Pediátrica portuguesa*, 37, pp. 9-14.
- (33) Saúde, M. D. (2002). *Ganhos de saúde em Portugal: Ponto de situação*. Lisboa: Direcção geral da Saúde.
- (34) Silva, A. P., & Souza, N. (Maio/Junho de 2005). Prevalência do aleitamento materno. *Revista de Nutrição*, pp. 301-310.
- (35) Victoria, C. G. (Outubro de 1997). Breast feeding, pacifier use and infant development at 12 months of age: a birth cohort study in Brazil. *Pediatric Perinatology Epidemiology*, 11, pp. 441-450.

PROJETO “EDUCALIMENTAMIR” DO MUNICÍPIO DE MIRANDELA

PROJECT “EDUCALIMENTAMIR” OF THE MUNICIPALITY OF MIRANDELA

¹ Sandra Capitão ; ² Maria Gentil Pontes Vaz ; ³ Sandra Camelo ; ⁴ Filomena Pereira & ⁵ Vanessa Vidal

¹ Câmara Municipal de Mirandela. sandra.capitao.diet@gmail.com

² Câmara Municipal de Mirandela. diveas@cm-mirandela.pt

³ Câmara Municipal de Mirandela. sandracamelo275@hotmail.com

⁴ Instituto Politécnico de Bragança. filomena.pereira.diet@gmail.com

⁵ Instituto Politécnico de Bragança. vanessa.vidal.diet@gmail.com

RESUMO

Introdução: O projeto “EDUCALIMENTAMIR” do Município de Mirandela pretende promover comportamentos alimentares saudáveis através de ações de sensibilização e atividades pedagógicas e lúdicas de educação alimentar para as crianças dos 12 estabelecimentos de ensino pré-escolar e dos 16 do 1º Ciclo de Ensino Básico, caracterizando e analisando a composição corporal de todas as crianças participantes. **Métodos:** Este projeto abrangeu em rastreios nutricionais e ações de sensibilização 145 crianças do ensino pré-escolar e 688 crianças do 1º ciclo do ensino básico (CEB), do total de 165 crianças inscritas no ensino pré-escolar e 782 crianças do 1ºCEB. Ao longo das atividades realizadas foram recolhidos dados antropométricos, tais como, Peso, Altura, Índice de Massa Corporal (IMC), percentis de IMC/ Idade de acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), por profissionais da área da dietética e nutrição. **Resultados:** No total de crianças do ensino pré-escolar avaliadas, 69 crianças pertenciam ao sexo masculino e 76 ao sexo feminino. Verificou-se que 2,8% apresentam baixo peso e 62,8% peso normal, em 15,8% pré-obesidade e 18,6% obesidade. Do total de crianças do 1ºCEB, 348 crianças pertenciam ao sexo masculino e 340 ao sexo feminino. Verificou-se que 1,5% apresentam baixo peso, 58,6% peso normal, em 17,2% pré-obesidade e 22,8% obesidade. **Conclusões:** Assim, conclui-se que a prevalência de excesso de peso das crianças do ensino pré-escolar é de 34,4% e de 40% para as crianças do 1ºCEB, o que fundamenta a necessidade de intervenções de educação alimentar como as dinamizadas por este Município.

Palavras-chave: Educação alimentar, crianças, comportamentos alimentares.

ABSTRACT

Introduction: The project "EDUCALIMENTAMIR" from the municipality of Mirandela intends to promote healthy eating behaviours through awareness raising and educational and recreational activities of nutrition education for the children of 12 preschools and 16 1st Cycle of Basic Education schools, characterizing and analysing the body composition of all participating children. **Methods:** This project, until now included, in nutritional screenings and awareness raising, a total of 145 out of

the 165 children enrolled in preschool and a total of 688 out of the 782 children from the 1st Cycle of Basic Education (1st CBE). Throughout the activities, anthropometric data was collected, such as weight, height, Body Mass Index (BMI) and BMI-for-Age percentile according to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), by dietetic and nutrition professionals. **Results:** Among the children evaluated from preschool, there were 69 boys and 76 girls. The results showed that 2,8% were underweight and 62,8% normal weight, 15,8% pre-obese and 18,6% obese. Among the children of the 1st CBE, 348 were boys and 340 were girls. It was revealed that 1,5% were underweight, 58,6% of normal weight, 17,2% pre-obese and 22,8% obese.

Conclusion: Thus, this study concludes that the prevalence of overweight children in preschool is 34,4% and 40% in the 1st CBE, which supports the need of nutrition education interventions as streamlined by this municipality.

Keywords - *Nutrition education, children, eating behaviours.*

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos 10 anos a prevalência da obesidade entre as crianças europeias aumentou de 5% para 10%, com alguns países, entre eles Portugal, a terem aumentos ainda maiores. Em Portugal 30% das crianças entre os 7 e os 11 anos são consideradas obesas ou com excesso de peso, dados do Programa Nacional de Saúde Escolar, implementado pelo Ministério da Saúde desde 2006 (DSE, 2006).

Os hábitos alimentares incorretos aliados a acentuados níveis de sedentarismo são os fatores mais determinantes para o aumento da incidência da obesidade em idade pediátrica (Silva & Rego, 2005). A prática de uma alimentação saudável na infância é fundamental, dadas as necessidades nutricionais específicas deste grupo etário. A escolha alimentar é uma área na qual a criança, desde cedo, começa a demonstrar a sua independência/autonomia, na qual uma educação alimentar sobre alimentação saudável se torna muito importante, pois é nestas idades que os hábitos alimentares se enraízam na criança, sendo que uma alimentação saudável promove o desenvolvimento das crianças, maximizando o seu estado de saúde, atividade e potencial cognitivo, podendo contribuir para uma diminuição do aparecimento de doenças crónicas, aumentando substancialmente a sua qualidade de vida. (S.Cunha, Sinde, & Bento, 2006; Story, Neumark-Sztainer, & French, 2002)

A educação alimentar precoce contribui para reverter a prevalência de doenças crónicas, nomeadamente a obesidade infantil, e garante a preferência por comportamentos alimentares saudáveis que persistem na vida adulta (OMS, 2004).

No processo de criação de padrões alimentares saudáveis, a escola deve assumir a sua parte da responsabilidade no que diz respeito a ensinar a criança a distinguir que tipos de comportamentos alimentares deve ter, bem como levar a criança a perceber o porquê da necessidade de excluir da sua dieta alimentar determinados alimentos(DSE, 2006). Cabe também à escola, não só procurar disponibilizar no seu espaço físico produtos que vão de encontro a padrões de consumo saudáveis, como ainda deve procurar através dos programas curriculares e atividades extracurriculares, promover um conjunto de conhecimentos e práticas que levem as crianças a adotarem hábitos alimentares saudáveis (FAO & WHO, 2003).

O papel da escola é fundamental, uma vez que poderá proporcionar às crianças uma educação alimentar que os orientará para hábitos alimentares saudáveis (DGS, 2006). Daqui se depreende,

que existe uma forte necessidade em estabelecer uma ligação e coordenação entre a escola e a família da criança, de modo a que a ação levada a cabo por uma delas não encontre uma atuação contraproducente na outra (Ramos *et al.*, 2000).

A prática da alimentação saudável deve ser aprendida através da educação que se recebe em casa em ambiente familiar e na escola (Baptista, 2006). É assim necessário, que exista todo um trabalho conjunto no sentido de conseguir que as crianças tenham hábitos alimentares mais saudáveis.

A possibilidade de intervenção no contexto escolar é crucial para a promoção de conhecimentos aprofundados e de bons hábitos alimentares, atendendo a que as crianças que adotam precocemente na vida uma alimentação saudável têm mais probabilidade de a manter durante toda a vida e consciencializando a população educativa e escolar que a obesidade não tem cura fácil (FAO & WHO, 2003; OMS, 2004).

Para que um projeto de promoção de uma alimentação saudável tenha impacto no meio escolar e familiar, visto que a família é responsável pela formação do comportamento alimentar da criança através da aprendizagem social, tendo os pais o papel de primeiros educadores alimentares e nutricionais, deve-se reunir condições favoráveis à mudança, envolvendo e capacitando toda a comunidade educativa a fazer escolhas de alimentos de acordo com as necessidades nutritivas essenciais do nosso corpo, descodificando os efeitos das várias substâncias e produtos dos alimentos (nutrientes, substâncias tóxicas, etc.) que nos podem fazer bem ou provocar doenças crónicas. (Ramos & al, 2000)

Considerando que a grande maioria das crianças passa a maior parte do dia na escola, tomando aí a refeição do almoço, contando com a influência dos colegas, dos professores e das auxiliares de ação educativa e ainda o tipo de alimentos que são postos à disposição nos refeitórios, o meio escolar torna-se assim, por excelência, um local ideal para implementar e modificar positivamente os comportamentos alimentares.

Tendo em conta que o contexto escolar favorece, dentro da sala de aula, uma abordagem curricular de temas relacionados com a alimentação, permite ainda ter a possibilidade de fornecer alimentos saudáveis nos espaços de alimentação coletiva, para além de permitir mudar não só conhecimentos mas também comportamentos, o Município de Mirandela implementou um projeto de educação alimentar intitulado por “EDUCALIMENTAMIR” que pretende melhorar os hábitos e comportamentos alimentares das crianças do ensino pré-escolar e do 1º ciclo do ensino básico.

Neste artigo pretende-se, para além de apresentar o projeto, explorar os dados antropométricos obtidos na avaliação do estado nutricional.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Os dois agrupamentos escolares e todas as escolas públicas do ensino pré-escolar e do 1º ciclo do ensino básico do Município foram contactados. Os 12 estabelecimentos de ensino pré-escolar (100%) e 16 do 1º ciclo do ensino básico (100%) aceitaram participar no projeto.

Entre 10 a 31 de outubro de 2011, procedeu-se a avaliação do estado nutricional de 145 crianças do ensino pré-escolar e 688 crianças do 1º ciclo do ensino básico (CEB), do total de 165 crianças inscritas no ensino pré-escolar e 782 crianças do 1ºCEB, amostra claramente significativa que corresponde a cerca de 88%. Profissionais treinados da área da dietética e nutrição recolheram os dados antropométricos (peso, altura, IMC). A avaliação do peso foi realizada utilizando uma balança digital BC545 da marca TANITA®, com a criança sobre o centro da plataforma da balança para que o peso se distribuisse igualmente pelos dois pés. A estatura foi medida com um estadiómetro portátil

214 da marca SECA®, em pé com os calcanhares unidos e a cabeça posicionada no plano horizontal de Frankfurt, e com e com calcanhares, nádegas e costas encostadas à parte anterior do estadiômetro. Para o cálculo do índice de Massa Corporal (IMC) utilizou-se a fórmula de Quetelet: $IMC = \text{peso(Kg)} / \text{altura(m)}^2$.

Após a recolha, os dados foram introduzidos numa base de dados em ficheiro Microsoft Excel 2010® e procedeu-se ao tratamento através da classificação do estado nutricional baseada nas tabelas de percentil de IMC/ Idade de acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC).

Todos os dados antropométricos foram tratados por sexo, turma, estabelecimento de ensino e agrupamento escolar e enviados aos respetivos coordenadores de agrupamento.

Para a análise estatística dos dados, foi utilizado o Programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. A análise descritiva consistiu no cálculo das frequências para as variáveis categóricas: baixo peso, peso normal, pré- obesidade, obesidade e excesso de peso.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da avaliação do estado nutricional verifica-se do total de crianças do ensino pré-escolar avaliadas, com idades compreendidas entre os 3 e 5 anos, 69 crianças pertenciam ao sexo masculino e 76 ao sexo feminino. Verifica-se que cerca de 2,9% dos participantes do sexo masculino apresentam baixo peso, 58% peso normal, 21,7% pré-obesidade e 17,4% obesidade (gráfico 1).

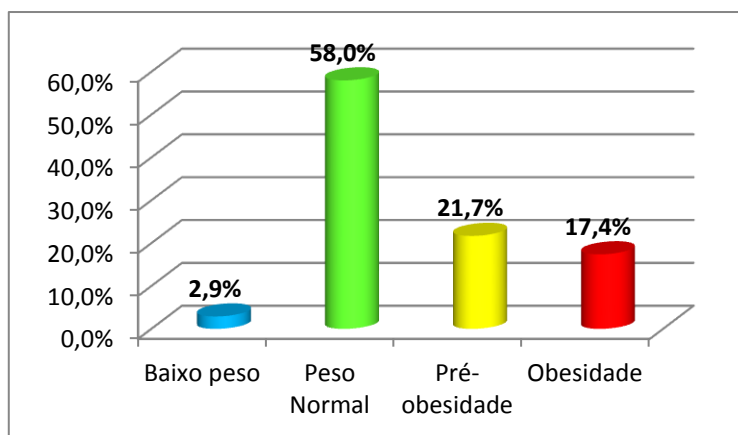


Gráfico 1- Avaliação do estado nutricional das crianças do sexo masculino dos Jardins de Infância

Relativamente aos participantes do sexo feminino verifica-se que 2,6% apresenta baixo peso, 67,1% peso normal, 10,6% pré- obesidade e 19,7% de obesidade (gráfico 2). Comparando os dados dos gráficos 1 e 2 observa-se que a pré-obesidade tem maior prevalência junto dos meninos, enquanto a obesidade tem uma maior prevalência nas meninas.

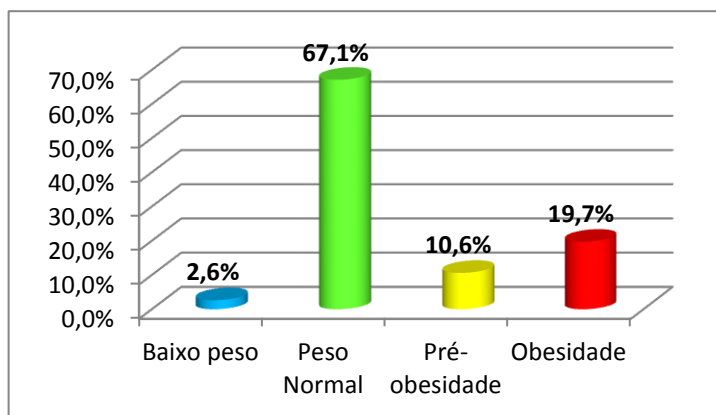


Gráfico 2- Avaliação do estado nutricional das crianças do sexo feminino dos Jardins de Infância.

No total de participantes do ensino pré-escolar detetaram-se 4 casos de baixo peso (2,8%), 91 casos de peso normal (62,8%), 23 participantes apresentam pré-obesidade (15,8%) e 27 de obesidade (18,6%), como se pode verificar no gráfico 3.

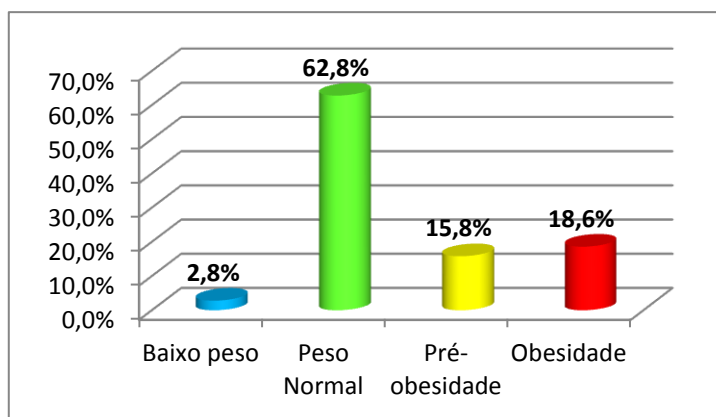


Gráfico 3- Avaliação do estado nutricional do total de crianças que frequentam os Jardins de Infância.

Do total de crianças do 1ºCEB, com idades compreendidas entre os 6 e 11 anos, 348 crianças pertenciam ao sexo masculino e 340 ao sexo feminino. Dos participantes do sexo masculino 1,4% apresentam baixo peso, 58,2% peso normal, 17,3% pré-obesidade e 23,1% obesidade (gráfico 4).

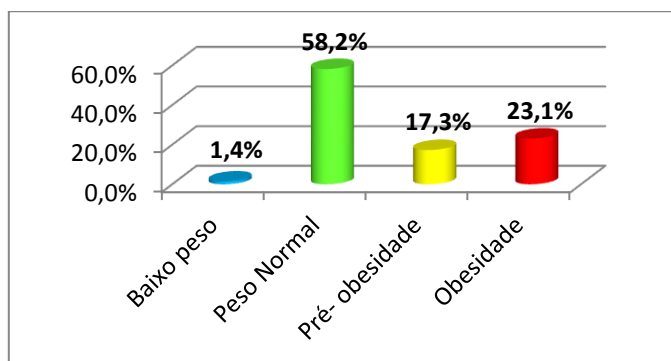


Gráfico 4- Avaliação do estado nutricional das crianças do sexo masculino das Escolas de 1.º CEB

No que diz respeito, ao sexo feminino, 1,5% dos participantes apresenta baixo peso, 58,8% peso normal, 17,1% pré-obesidade e 22,6% obesidade (gráfico 5).

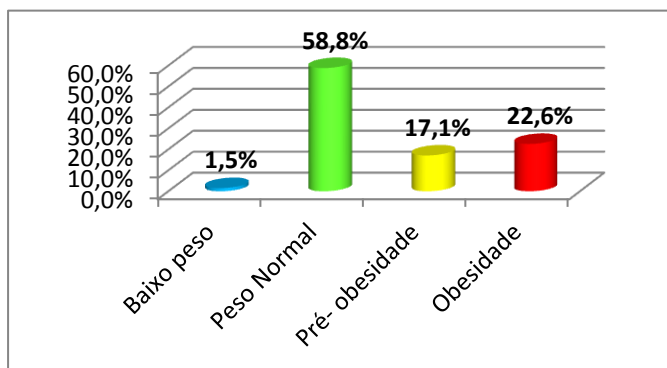


Gráfico 5 - Avaliação do estado nutricional das crianças do sexo feminino das Escolas de 1.ºCEB

No total de crianças do 1ºCEB detetou-se 10 casos de baixo peso (1,5%), 403 crianças com peso normal (58,6%), 118 apresentavam pré- obesidade (17,2%) e 157 crianças apresentam obesidade (22,8%), como se verifica no gráfico 6.

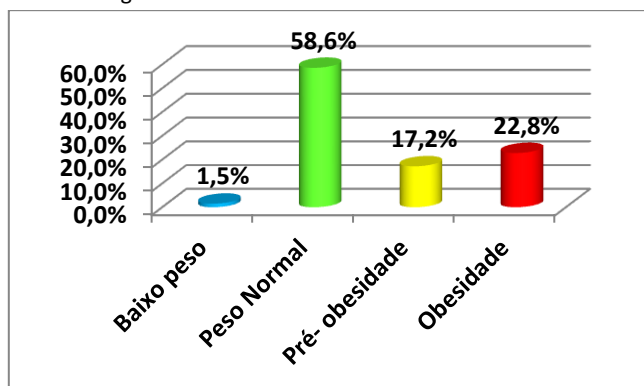


Gráfico 6- Avaliação do estado nutricional do total de crianças que frequentam as Escolas do 1.ºCEB

No global, verifica-se uma prevalência de excesso de peso (pré-obesidade e obesidade) de 40% no sexo masculino e 38% do sexo feminino (ver gráfico 7).

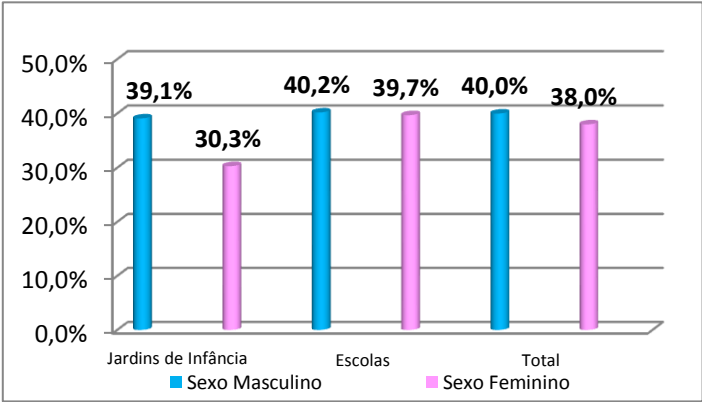


Gráfico 7- Prevalência de Excesso de Peso (pré-obesidade + obesidade)

O excesso de peso tem maior prevalência no total das escolas e jardins de infância do meio rural, com o seu valor a ser de 39,3% contra os 38,8% das escolas e Jardins de infância do meio urbano. (tabela 1), sendo estes valores superiores a alguns estudos encontrados. É no meio rural onde se verifica maior prevalência de pré-obesidade, com 18,2% das crianças, sendo no meio urbano onde se verifica maior prevalência de obesidade, com 22,6 % das crianças (tabela 1). No entanto, não há diferenças significativas entre IMC's ($p>0,05$), no meio rural e urbano, através de estudos estatísticos do programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS), versão 17.0 para *Microsoft Windows*® nomeadamente o T-Test.

Tabela 1- Frequências nas diversas categorias de peso das crianças entre meio urbano e rural do total das escolas e jardins de infância do município de Mirandela

Meio	Categorias	N	Percentagem
Urbano	Baixo Peso	4	0,8%
	Peso Normal	320	60,4%
	Pré-obesidade	86	16,2%
	Obesidade	120	22,6%
	Total	530	100,0%
Rural	Baixo Peso	10	3,3%
	Peso Normal	174	57,4%
	Pré-obesidade	55	18,2%
	Obesidade	64	21,1%
	Total	303	100,0%

Os mesmos testes demonstraram que existem diferenças significativas entre Jardins de Infância (JI) e Escolas do 1.ºCEB ($p<0,05$) no IMC (kg/m^2) dos participantes com excesso de peso, sendo maior o IMC médio das Escolas do 1.º CEB (tabela 2).

Tabela 2- Comparação entre escolas e jardins de infância das crianças com excesso de peso do Município de Mirandela.

	N	Média	Desvio-Padrão
<i>IMC JI (kg/m^2)</i>	50	18,35	$\pm 1,77$
<i>IMC 1.º CEB (kg/m^2)</i>	275	20,92	$\pm 3,03$

Existem diferenças significativas entre Jardins de Infância (JI) e Escolas do 1.ºCEB e entre o meio onde estão inseridos (urbano ou rural) ($p<0,05$) consoante o sexo no IMC (kg/m^2) dos participantes no projeto com excesso de peso, como se pode visualizar na tabela 3.

Tabela 3- Comparação entre escolas e jardins de infância e respectivos meios em que se inserem (urbano ou rural) das crianças com excesso de peso do Município de Mirandela

	N	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
<i>IMC JI (kg/m^2) Rural Feminino</i>	12	18,84	$\pm 1,22$	16,43	21,01
<i>IMC JI (kg/m^2) Urbano Feminino</i>	11	19,11	$\pm 1,92$	17,02	23,40
<i>IMC 1.ºCEB(kg/m^2) Rural Feminino</i>	45	20,85	$\pm 3,21$	17,19	36,76
<i>IMC 1.ºCEB (kg/m^2) Urbano Feminino</i>	90	21,09	$\pm 2,82$	16,99	27,85
<i>IMC JI (kg/m^2) Rural Masculino</i>	16	17,95	$\pm 1,93$	14,99	23,67
<i>IMC JI (kg/m^2) Urbano Masculino</i>	11	17,66	$\pm 1,69$	13,42	20,54
<i>IMC 1.ºCEB(kg/m^2) Rural Masculino</i>	46	21,32	$\pm 3,95$	16,95	33,03
<i>IMC 1.ºCEB (kg/m^2) Urbano Masculino</i>	94	20,60	$\pm 2,60$	17,09	29,64

4. CONCLUSÃO

Foram avaliadas 833 crianças, numa amostra de 88% das crianças de ensino pré-escolar e 1º ciclo do ensino básico, pertencentes ao concelho de Mirandela.

Das quais, 34,4% têm excesso de peso, sendo que 18,6% são obesas. Verifica-se uma maior prevalência de pré-obesidade nos meninos (21,7%) e maior prevalência de obesidade nas meninas (19,7%). Dados que apresentam taxas superiores quando comparados com o estudo da Professora Doutora Ana Rito “Estado Nutricional de crianças e oferta alimentar do pré-escolar do município de Coimbra” que evidencia a prevalência de excesso de peso de 23,6% para esta população (Rito, 2004).

Relativamente as crianças que frequentam o 1º ciclo do ensino básico, verifica-se uma prevalência de excesso de peso de 40%, sendo que 22,8% são obesas. Quando comparados com outros estudos, verifica-se que a prevalência de excesso de peso nas crianças do ensino do 1º CEB é superior aos dados relativos ao estudo Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) (Rito & Breda, 2009) em

Portugal que apresenta uma prevalência de excesso de peso de 32%, contudo convém realçar que as idades das crianças são diferentes, o projeto EDUCALIMENTAMIR abrangeu crianças do 1º CEB entre os 6 e 11 anos, enquanto o COSI incluiu crianças com 7,8 e 9 anos, estando assim as conclusões limitadas.

Assim, estes dados fundamentam a necessidade de estruturar e implementar intervenções de educação alimentar como as dinamizadas por este Município.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Baptista, M. (2006). Educação Alimentar em Meio Escolar Referencial para uma Oferta Alimentar Saudável.
- (2) Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento curricular.
- (3) DSE. (2006). Promoção de uma alimentação saudável - Orientações para a elaboração de Projetos no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar. Retrieved. from <http://oobyole.com/biblivirtu/PromocaoAlimentacaoSaudavelMeioEscolarBV20060207024.pdf>.
- (4) FAO, & WHO. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Paper presented at the Report of a joint WHO/FAO Expert Consultation.
- (5) OMS. (2004). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Document Number)
- (6) Ramos, M., & al, e. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil Jornal de Pediatria, 76(3).
- (7) Rito, A. (2004). Estado Nutricional de crianças e oferta alimentar do pré-escolar do município de Coimbra, Portugal, 2001. Escola Nacional de Saúde Pública e Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- (8) Rito, A., & Breda, J. (2009). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI PORTUGAL, Lisboa.
- (9) S.Cunha, Sinde, S., & Bento, A. (2006). Hábitos alimentares de adolescentes, Meio rural/urbano - Que contrastes? Nutricias, 6, 26-31.
- (10) Silva, D., & Rego, C. (2005). Prevenção da obesidade da criança e do adolescente: algumas regras simples. Revista de Alimentação Humana, 11, 91-92.
- (11) Story, M., Neumark-Sztainer, D., & French, S. (2002). Individual and environmental influences on adolescents eating behaviours. Journal of American Dietetic Association, 102(3 (Supl)), S40-S51.

RISCO METABÓLICO DOS PAIS: UM DESAFIO EMERGENTE NA PREVENÇÃO DO EXCESSO DE PESO

PARENTS METABOLIC RISK: AN EMERGING CHALLENGE IN THE PREVENTION OF OVERWEIGHT CHILDREN

Graça Aparício¹; Madalena Cunha,¹; João Duarte¹; Anabela Pereira²

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu/Instituto Politécnico de Viseu. gaparicio5@hotmail.com/madac@iol.pt/johnnyduarte@hotmail.com

²Universidade de Aveiro. anabelapereira@ua.pt

Projeto financiado: FCT SFRH/PROTEC/50169/2009/Instituto Politécnico de Viseu

RESUMO

Introdução: Estudos internacionais têm revelado que a obesidade dos pais é um importante preditor do desenvolvimento de obesidade na prole, persistindo contudo a dúvida se essa influência decorre da predisposição genética, se da partilha familiar do estilo de vida, ou de ambos. **Objetivo:** analisar o efeito dos marcadores de risco familiar no excesso de peso da criança. **Material e Métodos:** Estudo observacional, transversal, realizado com 792 crianças pré-escolares, média de idade 4,39 anos ($\pm 0,911$) e seus pais. Mãe média de idade 34,15 anos (Dp= 5,01), pai 36,1 anos (Dp= 5,34), residentes num concelho pertencente às NUTs III, sub-região Dão-Lafões. Efetuada avaliação antropométrica e classificação das crianças com base no referencial NCHS (CDC, 2000) e da OMS nos pais. **Resultados:** Nas crianças, 31,3% apresentavam excesso de peso, com pré-obesidade superior nas meninas (20,5%) e obesidade nos rapazes (13,8%). Das mães, 31,1% manifestavam pré-obesidade e 10% obesidade, enquanto nos pais se verificou em 49,6% e 14,8% respetivamente. O risco metabólico associado ao Perímetro da Cintura (Pc) foi mais evidente nas mães, 55,4% com risco aumentado versus 43,1% nos pais. A probabilidade da criança ter excesso de peso foi cerca de 2 vezes superior se a mãe tinha excesso de peso (OR= 1,963; IC 95%= 1,428-2,698) e superior a 2 vezes na relação mãe/filha (OR= 2,346; IC 95%= 1,503-3,664), reduzindo-se esse risco face aos rapazes (OR= 1,630; IC 95%= 1,034-2,568). No pai apurou-se um risco ligeiramente superior a 1 (OR= 1,284; IC 95%= 0,909-1,813), sem significância. O risco metabólico mostrou-se próximo de 2 vezes superior se a mãe apresentava Pc aumentado (OR= 1,963; IC 95%= 1,414-2,725), com significância estatística. **Discussão e Conclusões:** Face às inferências obtidas, aceita-se existir efeito significativo dos marcadores de risco, IMC e risco metabólico dos Pais, no desenvolvimento de excesso de peso da criança, pelo que a prevenção da obesidade infantil deverá considerar a predisposição genética e o estilo de vida familiar para que seja efetiva.

Palavras-chave: Excesso de peso; criança; risco metabólico; Pais

ABSTRACT

Introduction: International studies have revealed that parent's obesity is an important predictor of obesity in their offspring. However, it's still uncertain that the influence is due to the genetic

predisposition or the sharing of the same familiar lifestyle or even both. Aim: Analyse the familiar risk factors effect in children's overweight. Method and materials: Cross-sectional observational Study comprising of 792 preschool children, average age 4,39 years old ($\pm 0,911$) and their parents. Mother's average age: 34,15 (Dp=5,01), father's: 36,1 (Dp=5,34), resident in the Centre of Portugal, NUTs III, Dão-Lafões sub-region. The children's anthropometric evaluation and classification was based on the NCHS referential (CDC, 2000) and on the WHO for parents. Results: In children, 31,3% were overweight, pre-obesity was higher for girls (20,5%) and obesity for boys (13,8%). 31,1% of the mothers were pre-obese and 10% were obese, whilst fathers were 49,6% and 14,8% respectively. Metabolic risk associated to the Waist Circumference (WC) was more evident in mothers, where 55,4% had increased risk versus 43,1% in fathers. The probability of the child being overweight was twice higher where the mother was overweight herself (OR= 1,963; IC 95%= 1,428-2,698), and higher than that in mother/daughter relationship (OR= 2,346; IC 95%= 1,503-3,664), that risk being decreased in relation to boys (OR= 1,630; IC 95%= 1,034-2,568). In fathers, the risk was found to be slightly higher than 1 (OR= 1,284; IC 95%= 0,909-1,813), not significant. Metabolic risk was twice higher if the mother has higher WC (OR= 1,963; IC 95%= 1,414-2,725), with statistical significance. Discussion and Conclusions: Facing the obtained results, there is significant effect of the risk markers, BMI and Parents Metabolic Risk in the development of overweight in children, so that the children obesity prevention should consider the genetic predisposition and familiar lifestyle in order to be more effective.

Keywords: *Overweight; child; metabolic risk; Parents*

1. INTRODUÇÃO

A obesidade atinge na atualidade proporções epidémicas em todo o mundo, emergindo o excesso de peso na infância como a doença nutricional de maior prevalência nesta fase do ciclo da vida. Estima-se que será um dos maiores problemas do século XXI, deixando para segundo plano os problemas relacionados com a fome e as doenças infecciosas, que encimavam as grandes preocupações do século passado, sobretudo nos países industrializados, (do Carmo, Santos, Camolas & Vieira, 2008). Apesar da sua incidência nos países desenvolvidos, também se reconhece atualmente o seu incremento naqueles com economias em transição, numa coexistência próxima com situações de fome e subnutrição (WHO, 2004).

Nos países da bacia do mediterrâneo, assiste-se ao aumento da prevalência da doença na faixa etária pediátrica, na qual Portugal se inclui, antevendo-se a gravidade atual e futura da situação, não só porque são já descritas consequências adversas para a saúde das crianças e adolescentes, tanto a nível fisiológico quanto psicossocial, mas de igual forma porque se revela elevada a probabilidade da doença transitar para a idade adulta, criando assim um problema de saúde crescente para a próxima geração. Como resultados adversos já descritos durante a infância enumeram-se dificuldade respiratória (apneia do sono), aumento do risco de fraturas, hipertensão, marcadores precoces de doença cardiovascular, resistência à insulina e perturbações sociais e psicológicas (Caprio *et al.*, 2008; Daniels, *et al.*, 2005).

Os mecanismos biológicos e metabólicos que regem o desenvolvimento da obesidade não sendo ainda claros, sugerem que tanto a predisposição genética, quanto a influência ambiental constituem importantes preditores que operam de forma complexa, sugerindo as evidências que a predisposição genética é capaz de modular a resposta do organismo às variações dos fatores ambientais. A presença de genes envolvidos no aumento do peso, aumenta a suscetibilidade ao

risco para desenvolver obesidade, quando o indivíduo é exposto a condições ambientais favorecedoras, o que significa, segundo as evidências, que a obesidade tem tendência familiar.

Balaban & Silva, (2004) salientaram ainda dois fatores que, em interação, podem contribuir para dobrar o risco de obesidade em adultos jovens: a obesidade num dos progenitores e a sua presença na infância. Neste âmbito, a história familiar tem sido considerada como um importante indicador da obesidade da prole, continuando no entanto ainda difícil de definir o quanto a influência da família decorre da herança genética e o quanto é devida à partilha familiar de ingestão de alimentos e hábitos de vida (Ebbeling, Pawlak & Ludwig, 2002; Wardle *et al.*, 2008). Outras investigações (Whitaker & Dietz 1998; Danielziket *al.*, 2002), foram suportando a ideia de que a predisposição genética associada ao estado ponderal dos progenitores seria um importante preditor, independentemente do peso ao nascer, idade gestacional e situação sócio económica familiar. Dados de diversas investigações longitudinais confirmaram estas evidências, mostrando que os filhos de pais com excesso de peso têm risco acrescido de desenvolver excesso de peso mais tarde na vida.

Também Donohoe (2007) verificou que uma criança cujo progenitor tem excesso de peso, apresenta 40% de probabilidades de vir a ter no futuro essa mesma manifestação, enquanto que, se ambos os pais apresentarem um IMC superior ou igual a 25 Kg/m², as hipóteses aumentam para 80%. Nos estudos com gémeos e crianças adotadas Miller & Silverstein (2007) e Sørensen, (2004) verificaram existir uma relação significativa entre o IMC dos pais e dos filhos na ordem dos 40 a 70%, apresentando as crianças adotadas correlações positivas com o IMC e a gordura corporal dos pais biológicos, mas não com a dos pais adotivos.

Face a isto, propusemo-nos medir especificamente o valor preditivo deste fator de risco, pelo que este estudo teve como objetivo principal analisar o efeito dos marcadores de risco familiar no excesso de peso da criança.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional, transversal, numa amostra não aleatória de 792 crianças pré-escolares, média de idade 4,39 anos ($\pm 0,911$) e seus pais. Mãe média de idade 34,15 anos (Dp= 5,01), pai 36,1 anos (Dp= 5,34), residentes num concelho pertencente às NUTs III, sub-região Dão-Lafões. Foi efetuada avaliação antropométrica de todas as crianças em estudo e classificação do estado nutricional com base no percentil de IMC das curvas de referência do NCHS (CDC, 2000). Nos pais foi efetuada avaliação antropométrica e classificação do IMC (razão entre o peso (kg) e altura (m²), segundo os pontos de corte da OMS (1997). Para avaliação da obesidade abdominal e risco de complicações metabólicas foi utilizada uma fita métrica não extensível e efetuada a medição no ponto médio entre o rebordo inferior da costela e a crista ilíaca, utilizando os pontos de corte divulgados pela DGS (Portugal, DGS 2005). Os dados foram obtidos por avaliação antropométrica no momento da avaliação das crianças, aos pais que puderam estar presentes. Nos restantes, os dados podiam ser autoreportados, sendo solicitado aos pais que recorressem à avaliação na farmácia, se possível, ou em última análise, registassem dados obtidos recentemente. A recolha de informação relativa às crianças e aos pais teve como suporte a versão adaptada do *Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis (QFA)* de Rito (2007) designado neste estudo de *Escala de Determinantes Infantis e Parentais do Excesso de Peso (EDIPEP)* (Aparício, 2011). Este integra questões de caracterização sócio demográfica das crianças e dos progenitores, características dos seus hábitos alimentares e registo do peso, estatura, perímetro da cintura e pressão arterial.

O estudo foi precedido de autorização da Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), dos Diretores dos Agrupamentos Escolares e de contacto pessoal com cada um dos jardins de infância onde foi entregue do *Termo de Consentimento Informado* endereçado aos pais das crianças no qual era fornecida informação detalhada do estudo e assegurada a confidencialidade dos dados. Na seleção das crianças participantes foram aplicados os seguintes critérios de inclusão:

- Possuir data de nascimento entre os anos de 2004, 2005 e 2006 (3-6 anos de idade);
- Viver com a família biológica (pai e/ou mãe);
- Não ser portador de doença crónica diagnosticada;
- Possuir autorização do representante legal para participação no estudo;
- Estar presente no Jardim de Infância nos dias em que a equipa procedeu à avaliação antropométrica;

O tratamento estatístico foi efetuado com recurso ao IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics19.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A monitorização do crescimento na infância, mediante a avaliação nutricional é um eixo fundamental à vigilância de saúde da criança devido à rapidez desse processo nesta fase da vida, e que implica identificação atempada de alterações. O crescimento biológico é um dos melhores indicadores do estado de saúde da criança e que melhor reflete as suas condições de vida.

N amostra de crianças em estudo, o peso médio global foi de 19,75 ($\pm 3,93$) kg, apresentando o sexo masculino um peso mais elevado 20,09 ($\pm 4,07$) kg, versus 19,43 ($\pm 3,78$) kg no sexo oposto, com diferenças de médias estatisticamente significativas ($t= 2,36$; $p= 0,018$).

Em relação à estatura e para a totalidade das crianças o valor médio foi de 1,08m ($\pm 0,075$), revelando os meninos uma média ligeiramente mais elevada 1,09 ($\pm 0,073$).

O IMC revelou valores médios para a amostra global de 16,55 ($\pm 1,83$), bastantes próximos nos dois sexos, masculino 16,64 ($\pm 1,959$) e 16,47 ($\pm 1,72$) para o sexo oposto, sem significância estatística ($t= 1,43$; $p= 0,18$). Segundo as idades das crianças as médias aumentavam de forma progressiva com a idade, contudo os valores mínimos mais baixos encontravam-se nas de 5 anos ($11,6 \text{ kg/m}^2$) e os mais elevados nas de 6 anos ($23,6 \text{ kg/m}^2$) (cf. tabela 1).

Tabela 1 – Valores de peso, Estatura e IMC da criança em função do sexo

	<i>Sexo/idade</i>	<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>Média</i>	<i>Dp</i>	<i>CV %</i>
<i>Peso</i>	Masculino	383	12,5	42,0	20,09	4,073	20,27
	Feminino	409	11,5	32,8	19,43	3,788	19,49
	Total	792	11,5	42,0	19,75	3,939	19,94
<i>Estatura</i>	Masculino	383	0,82	1,29	1,094	0,073	6,69
	Feminino	409	0,88	1,28	1,081	0,076	7,03
	Total	792	0,82	1,29	1,087	0,075	6,89
<i>IMC</i>	Masculino	383	12,8	29,2	16,64	1,95	11,71
	Feminino	409	11,6	22,5	16,47	1,72	10,44
	Total	792	11,6	29,2	16,55	1,83	11,10
	3 anos	146	12,8	20,2	16,3	1,36	8,34
	4 anos	276	11,9	29,2	16,4	1,76	10,7
	5 anos	282	11,6	25,6	16,6	2,0	12,0
	6 anos	88	13,1	23,6	16,8	2,17	12,9

A classificação do estado nutricional indicou para a totalidade da amostra que 66% das crianças tinham peso dentro da variação normal, 18,9% apresentavam pré-obesidade, 12,4% obesidade (31,3% excesso de peso) e 2,7% baixo peso. Analisando por sexos destacou-se a pré-obesidade e obesidade em 20,5% e 11,0% das crianças do sexo feminino (31,5% de excesso de peso), contrapondo 17,2% e 13,8% de pré-obesidade e obesidade no sexo oposto (31,0% excesso de peso), enquanto o baixo peso estava presente em 3,7% dos rapazes e em 1,7% das meninas. No entanto as diferenças entre os grupos não se revelaram estatisticamente significativas ($\chi^2 = 5,310$; $p = 0,150$).

Considerando as idades, apurámos serem as crianças de 5 anos que apresentavam valores mais elevados de excesso de peso (33,0%), com 19,5% de pré-obesidade e 13,5% de obesidade, seguidos das de 4 anos que apresentam 31,6% de excesso de peso (12,0% de obesidade). As crianças de 3 anos apresentaram no conjunto da amostra o valor mais baixo de excesso de peso (28,1%), revelando 18,5% e 9,6% pré-obesidade e obesidade respetivamente, não indicando as diferenças significância estatística ($\chi^2 = 3,299$; $p = 0,342$) (cf. tabela 2).

Estes resultados assemelham-se no global à prevalência divulgada em diversas investigações realizadas no nosso país nesta faixa etária, mas revelam evolução progressiva face aos reportados por Rito, (2006), no estudo realizado em 2001 em Coimbra e onde a autora aportou valores mais baixos para o global da amostra, com 23,6% de crianças com excesso de peso, (16,9% pré-obesidade e 6,7% obesidade). Contudo nas meninas e nas mais velhas esse valor atingiu 39,4%. Também Duarte (2008), numa investigação efetuada na região da Beira Interior, apurou para o global da amostra uma percentagem de 27,7% de excesso de peso (15,7% pré-obesidade e 12% obesidade), mas com variações crescentes em amostras mais pequenas dos concelhos de Penamacor, onde 35,9% de crianças tinham excesso de peso e em Vila Velha de Ródão, onde esse valor atingiu 38,1%. Por seu lado no estudo EPObia, (Miranda *et al.*, 2010), representativo a nível regional (NUTs II), a prevalência global de excesso de peso foi de 35,5% nas crianças de 2-5 anos (padrão da OMS 2006), revelando o Algarve prevalências inferiores, (pré-obesidade 14,5% e a obesidade 4,5%), similarmente neste estudo verificou-se predomínio de excesso de peso nas meninas (30,8%), com base na classificação do CDC (2000).

A nível internacional, com exceção dos Estados Unidos, a prevalência de excesso de peso nesta faixa etária tem-se revelado inferior, contudo um estudo realizado em 2009/2010 no Reino Unido, revelou que 23,1% das crianças entre os 4-5 anos de idade apresentavam excesso de peso (13,3% pré-obesidade e 9,8% obesidade) e aos 6 anos esse valor alcançava os 33,4%, (14,6% pré-obesidade e 18,7% obesidade), com valores mais elevados nos rapazes e nas zonas urbanas, onde 21,8% das crianças de 6 anos apresentavam obesidade (*National Obesity Observatory*, 2010).

Tabela 2 – Classificação do estado nutricional da criança em função do sexo e idade

Sexo/Idade	Baixo peso		Normal		Pré-obesidade		Obesidade	
	n	%	N	%	n	%	N	%
Masculino (383)	14	3,7	250	65,3	66	17,2	53	13,8
Feminino (409)	7	1,7	273	66,7	84	20,5	45	11,0
Total	21	2,7	523	66,0	150	18,9	98	12,4
Idade								
3 anos(146)	3	2,1	102	69,9	27	18,5	14	9,6
4 anos(276)	7	2,5	182	65,9	54	19,6	33	12,0
5 anos(272)	9	3,2	180	63,8	55	19,5	38	13,5
6 anos(88)	2	2,3	59	67,0	14	15,9	13	14,8
Total	21	2,7	523	66,0	150	18,9	98	12,4

Relativamente aos progenitores, a análise estatística dos dados antropométricos indicou valores médios do IMC da mãe de 24,9kg/m² (±4,06) e do pai de 26,6 kg/m² (±3,38). Relativamente ao perímetro da cintura (Pc) da mãe, este apresentou um valor médio de 81,48 cm (± 10,25), enquanto o do pai era de 92,62 cm (± 8,56).

Face aos dados antropométricos autoreportados, constatou-se que os valores médios do IMC e do Pc eram inferiores, tanto na mãe como no pai, contudo sem significância estatística pelo que foram considerados na amostra total.

A classificação do estado nutricional das mães assinalou 31,1% com pré-obesidade e 10,0% com obesidade (41,1% excesso de peso). No pai, 49,6% apresentavam pré-obesidade e 14,8% obesidade (64,4% excesso de peso). Relativamente ao risco metabólico associado ao Pc, este foi mais evidente nas mães, visto que 55,4% apresentavam risco aumentado face a 43,1% dos pais.

Estes resultados corroboram os divulgados por Carmo *et al.*, (2008), onde se reportava para o território nacional, que entre 1995-1998 e 2003-2005 a prevalência de excesso de peso em ambos os sexos aumentou de 49,6% para 53,6%, sendo mais elevada nos homens (60,2%) do que nas mulheres (47,8%). O estudo nacional revelou ainda correlação significativa entre a idade e o valor de IMC, aumentando este de forma linear com a idade dos participantes e inversamente com o grau académico e rendimento, divulgando a investigação de 2003-2005 uma tendência semelhante, dado que o excesso de peso é significativamente mais elevado em ambos os progenitores com baixa instrução, baixo rendimento, nos mais velhos e nas mães que residem na zona rural. Em relação ao risco metabólico associado ao *Perímetro da Cintura* (Pc), também no estudo nacional este foi superior nas mulheres, afetando 58,5% versus 51,5% dos homens, com valores médios significativamente mais elevados face à década anterior (Carmo *et al.*, 2008).

Tabela 3 – Classificação do estado nutricional e risco metabólico dos pais

Classificação Estado Nutricional	Mãe		Pai		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baixo peso	15	2,1	-	0,0	15	2,2
Peso Normal	415	56,6	236	35,6	651	46,1
Pré-obesidade	228	31,1	329	49,6	557	40,3
Obesidade	74	10,0	98	14,8	172	12,4
Total	732	100,0	663	100,0	-	-
Risco metabólico associado ao Pc						
Sem risco	324	44,6	374	56,9	698	50,8
Risco aumentado	222	30,5	195	29,7	417	30,1
Risco muito aumentado	181	24,9	88	13,4	269	19,2
Total	727	100,0	657	100,0	-	-

Efetuada a relação entre o IMC dos progenitores e o mesmo indicador da criança, os odds ratios indicaram de forma significativa que o risco da criança ter excesso de peso era cerca de 2 vezes superior se a mãe tinha excesso de peso (OR= 1,963; IC 95%= 1,428-2,698). Na relação com o excesso de peso do pai a probabilidade foi ligeiramente superior a 1 (OR= 1,284; IC 95%= 0,909-1,813), porém sem significância estatística (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Odds Ratio entre o excesso de peso do pai e da mãe e o excesso de peso da criança

Tabela 4 - Associação entre o excesso de peso do pai da mãe e o excesso de peso da criança								
Classificação criança	Com excesso peso		Sem excesso peso		Resíduos ajustados		χ^2	p
	N	%	N	%	Com	Sem		
Classificação Mãe								
Com excesso peso	119	39,4	183	60,6	4,2	-4,2	17,52	0,000
Sem excesso peso	107	24,9	323	75,1	-4,2	4,2		
Total(732)	226	30,9	506	69,1	-	-		
Classificação Pai								
Com excesso peso	146	34,2	281	65,8	1,4	-1,4	2,011	0,156
Sem excesso peso	68	28,8	168	71,2	-1,4	1,4		
Total(663)	214	32,3	449	67,7	-	-		

Mãe: OR= 1,963; IC 95%= 1,428-2,698; Pai: OR= 1,284; IC 95%= 0,909-1,813

Alguns estudos têm revelado uma maior associação entre os valores de excesso de peso da mãe e particularmente das filhas, pelo que foi estudada essa relação. Apurou-se que a probabilidade das crianças do sexo feminino terem excesso de peso era superior a 2 vezes se a mãe tinha igualmente excesso de peso (OR= 2,346; IC 95%= 1,503-3,664) reduzindo-se esse risco no sexo masculino para cerca de 1,5 (OR= 1,630; IC 95%= 1,034-2,568), com significância estatística, em ambos os sexos (meninas: $\chi^2= 14,372$; $p= 0,000$; meninos: $\chi^2= 4,465$; $p= 0,035$). Na relação com o excesso de peso do pai, a probabilidade é mais reduzida, tanto nas meninas (OR = 1,252; IC 95%= 0,768-2,042), como nos do sexo oposto (OR= 1,315; IC 95%= 0,806; 2,145) e sem relação estatística significativa (meninas: $\chi^2= 0,814$; $p= 0,367$; meninos: $\chi^2= 1,207$; $p= 0,272$) (cf. tabela 5).

Estes resultados aproximam-se dos divulgados no estudo de Danielzik (2002) e de Padez et al., (2005), nos quais o IMC dos filhos mostrou associação positiva com o IMC dos pais, revelando da mesma forma maior associação com o da mãe, mesmo quando apenas um dos progenitores apresentava excesso de peso, sendo essa probabilidade, de forma similar, mais significativa para as crianças do sexo feminino. A revisão sistemática efetuada por Moreira (2007) salienta este fator de risco como um dos determinantes mais fortes no incremento do excesso de peso infantil, sobretudo na associação com a obesidade materna.

Tabela 5 - Odds Ratio entre o excesso de peso do pai e da mãe e o excesso de peso da criança por sexo

<i>Classificação criança</i>	<i>Masculino</i>				<i>Feminino</i>			
	<i>Com excesso peso</i>		<i>Sem excesso peso</i>		<i>Com excesso peso</i>		<i>Sem excesso peso</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Classificação Mãe</i>								
<i>Com excesso peso</i>	55	36,7	95	63,3	64	42,1	88	57,9
<i>Resíduos</i>		2,1		-2,1		3,8		-3,8
<i>Sem excesso peso</i>	54	26,2	152	73,8	53	23,7	171	76,3
<i>Resíduos</i>		-2,1		2,1		-3,8		3,8
<i>Total (732)</i>	109	30,6	247	69,4	117	31,1	259	68,9
<i>Classificação Pai</i>								
<i>Com excesso peso</i>	68	34,3	130	65,7	78	34,1	151	65,9
<i>Resíduos</i>		1,1		-1,1		0,9		-0,9
<i>Sem excesso peso</i>	35	28,5	88	71,5	33	29,2	80	70,8
<i>Resíduos</i>		-1,1		1,1		-0,9		0,9
<i>Total (663)</i>	103	32,1	218	67,9	111	32,5	231	67,5

No nosso estudo analisou-se ainda o risco sinérgico do excesso de peso de ambos os progenitores no excesso de peso da criança, verificando-se que a probabilidade da criança ter essa condição foi significativamente superior a 1,5 (OR= 1,710; IC 95%= 1,200-2,435) (cf. tabela 6). Também Donohoe

(2007) verificou que uma criança cujo progenitor tem excesso de peso, apresenta 40% de probabilidades de vir a ter no futuro essa mesma manifestação, elevando-se para 80% se ambos os pais apresentam um IMC superior ou igual a 25 Kg/m².

Tabela 6 - Odds Ratio entre o excesso de peso de ambos os Pais e o excesso de peso da criança

Classificação criança	Com excesso peso		Sem excesso peso		χ^2	p
Classificação Pais	n	%	N	%		
Com excesso peso	78	40,0	117	60,0	8,916	0,003
Resíduos		3,0		-3,0		
Sem excesso peso	124	28,1	318	71,9		
Resíduos		-3,0		3,0		
Total(637)	202	31,7	435	68,3		

O perímetro da cintura constitui uma ferramenta de avaliação indireta do estado nutricional e do risco para a saúde, preditivo da síndrome metabólica e doença cardiovascular, sugerindo algumas evidências haver predisposição genética nessa acumulação de gordura na zona abdominal.

Desta forma, considerou-se pertinente avaliar se existia relação significativa entre este indicador dos pais e o excesso de peso das crianças. Verificou-se uma probabilidade próxima de 2 vezes superior da criança ter excesso de peso se a mãe apresentava Pc aumentado (OR= 1,963; IC 95%= 1,414-2,725) e na associação com o Pc do pai um risco ligeiramente superior a 1 (OR= 1,352; IC 95%= 0,973-1,880), revelando significância estatística apenas na relação com a mãe ($\chi^2= 16,47$; p= 0,000) (cf. tabela 7).

Tabela 7 - Odds Ratio entre o risco metabólico associado ao Pc dos pais e o excesso de peso da criança

Tabela 7. Dados maternos e risco metabólico associado ao PC dos pais e o excesso de peso da criança								
Classificação criança	Com excesso peso		Sem excesso peso		Resíduos ajustados		χ^2	p
	n	%	N	%	Com	Sem		
Classificação Mãe								
Com risco metabólico (Pc↑)	149	37,2	252	62,8	4,1	-4,1	16,47	0,000
Sem risco metabólico (Pc normal)	75	23,1	249	76,9	-4,1	4,1		
Total(553)	169	30,6	384	69,4	-	-		
Classificação Pai								
Com risco metabólico (Pc↑)	102	36,0	181	64,0	1,8	-1,8	3,241	0,072
Sem risco metabólico (Pc normal)	110	29,4	264	70,6	-1,8	1,8		
Total(657)	212	32,3	445	67,7	-	-		

4. CONCLUSÃO

Da revisão da literatura pôde concluir-se que a obesidade é a doença nutricional com maior prevalência em idade pediátrica nos países desenvolvidos, e está a aumentar de forma particularmente acentuada nos países que evidenciam a designada transição nutricional. Os riscos associados têm-se declarado logo na infância, revelando as suas repercussões fisiológicas e psicossociais implicações importantes na qualidade de vida das crianças e adolescentes.

No global, os resultados antropométricos encontrados neste estudo são similares aos reportados noutras investigações realizadas em Portugal nesta faixa etária e perante a utilização do mesmo referencial de classificação.

Relativamente aos fatores de risco metabólico familiar, as inferências corroboram existir efeito significativo dos determinantes parentais no excesso de peso da criança, designadamente do IMC e

risco metabólico dos Pais, apurando-se que a probabilidade das crianças terem excesso de peso é cerca de 2 vezes superior se a mãe tem excesso de peso, superior a 1,7 se esta está presente em ambos os progenitores e próxima de 2 vezes se a mãe tem Pc aumentado, revelando-se este risco ainda mais elevado quando apreciamos o efeito do excesso de peso das mães no estado nutricional das filhas comparativamente aos filhos.

O incremento da obesidade em idades pediátricas, nomeadamente nas idades em que o IMC deveria baixar ou manter-se estável deve ser alvo de apertada monitorização nas consultas de vigilância de Saúde Infantil, assim como os fatores de risco associados ao seu aparecimento, assumindo-se o risco metabólico familiar como um determinante a considerar e valorizar precocemente no planeamento das intervenções. No acompanhamento periódico efetuado através das consultas de vigilância, torna-se fundamental considerar programas de ação centrados na família, no reconhecimento dos pais como primeiros prestadores de cuidados, considerando como desafio necessário modificar o comportamento da família como um todo, através de mensagens positivas, para garantir a manutenção a longo prazo de um estilo de vida saudável. Além disso, reveste-se de grande importância monitorizar as situações de risco, nomeadamente a tendência progressiva do IMC, fatores de risco biológicos e familiares, assim como práticas e padrões alimentares, de atividade física e hábitos de sono pouco saudáveis. Para o sucesso destas intervenções, será importante que o profissional de saúde utilize estratégias ativas que promovam uma parentalidade positiva e um trabalho de parceria construtivo alargado à comunidade e às estruturas de apoio às crianças, nomeadamente creches e jardins de infância.

Intervir na infância assume-se como uma *janela de oportunidade*, promotora e protetora da saúde com elevada relevância a curto e longo prazo. Desta forma, a prevenção precoce em parceria com a família, arroga benefícios de saúde acrescidos, pelo seu potencial na construção de estilos de vida familiar salutogénicos, com implicações positivas na redução de fatores de risco potenciadores das comorbilidades associadas à obesidade, tanto fisiológicas como psicossociais.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Aparício, M.G. (2011). Obesidade Infantil: Práticas alimentares e perceção materna de competências. Tese de doutoramento em Ciências e Tecnologias da Saúde não publicada. Universidade de Aveiro.
- (2) Balaban, G.; Silva, G.A.P. (2004). Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. *Jornal de Pediatria*, 80(1): 7-16.
- (3) Caprio S., Daniels S., Drewnowski A., Kaufmann F., Palinkas L., Rosenbloom A. et al (2008). Influence of Race, Ethnicity, and Culture on Childhood Obesity: Implications for Prevention and Treatment. *Diabetes Care*, 31(11), November
- (4) Centers for Diseases Control and Prevention [CDC], (2000). National Center for Health and Statistics. ClinicalGrowthCharts. Acedido a 4 de junho de 2008, disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/growthcharts/clinical_charts.htm
- (5) Daniels, S.R, Arnett D., Eckel R., Gidding S., Hayman L., Kumanyika S., et al (2005). Overweight in Children and Adolescents: Pathophysiology, Consequences, Prevention, and Treatment. *Circulation Journal of the American Heart Association*, 111:1999-2012.
- (6) Danielzik S, Langnase K, Mast M, Spethmann C & Muller MJ (2002). Impact of parental BMI manifestation of overweight in 5–7 year old children. *European Journal of Nutrition* 41, 132–138.

- (7) Do Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., (2008). Obesidade em Portugal e no Mundo (pp. 113-138), Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- (8) Donohoe, M. (2007). Weighty Matters: Public Health Aspects of the Obesity Epidemic. Part I. Medscape Ob/Gyn&Women'sHealth.
- (9) Duarte, E. (2008). Estilos de vida familiar e peso excessivo na criança em idade pré-escolar na região da Beira Interior. In Do Carmo, Isabel [et al] (Eds), (2008). Obesidade em Portugal e no Mundo (pp. 139-159). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- (10) Ebbeling, C.B., Pawlak, D.B., Ludwig, D.S. (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The Lancet*, 360: 473–82
- (11) Miller, J.L., & Silverstein, J.H. (2007). Management approaches for pediatric obesity. *Nature, Clinical Practice, Endocrinology, and Metabolism*, 3(12), 810-818.
- (12) Miranda A.C., Santos O., Araújo J., Ramos E., Lopes C., Carreira M., Galvão-Teles A. (2010). Prevalência da obesidade infanto-juvenil e perímetros da cintura em Portugal: resultados do EPOBiA. *Revista de Endocrinologia, Diabetes e Obesidade (ENDO)*, vol. 4(4) Outubro/Dezembro p. 16.
- (13) Moreira, P. (2007). Overweight and obesity in Portuguese children and adolescents. *Journal of Public Health*, 15, 155-161.
- (14) National Obesity Observatory (2010). National Child Measurement Programme Changes in children's body mass index between 2006/07 and 2008/09. NHS. Acedido a 23 de Junho 2011, disponível em: http://www.noo.org.uk/uploads/doc/vid_6540_NOO_NCMP_v1.pdf
- (15) Padez C., Mourão I., Moreira P., Rosado V. (2005). Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Paediatrica*, 94, 1550–1557.
- (16) Portugal, Direcção Geral da Saúde, (2005). Divisão de Doenças Genéticas Crónicas e Geriátricas. Programa Nacional de Combate à Obesidade. Lisboa: DGS. Miranda et al., 2010.
- (17) Rito A. (2007). Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis (QFA). Plataforma contra a Obesidade. Obesidade Infantil. DGS. Acedido a 12 de Julho de 2009, disponível em: http://goprod.dgs.pt/ResourcesUser/ObesidadeInfantil/Ferramentas/quest_fqa_para_crianças.pdf.
- (18) Rito, A. (2006). Estado nutricional de crianças e oferta alimentar no pré-escolar do Município de Coimbra. In Do Carmo, I. [et al] (Eds.) (2008). *Obesidade em Portugal e no Mundo* (pp. 113-138), Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- (19) Sørensen T.I.A, (2004). The genetics of obesity. *Metabolism*, 44 (sup. 3), September, 4-6.
- (20) Wardle, J., Carnell, S., Haworth, C. M. A., Plomin, R. (2008). Evidence for a strong genetic influence on childhood adiposity despite the force of the obesogenic environment. *American Journal of Clinical Nutrition*, 87(2), 398-404.
- (21) Whitaker RC, Dietz WH. (1998). Role of the prenatal environment in the development of obesity. *Journal of Paediatrics*, 132, 768–76.
- (22) World Health Organization [WHO] (1997). Obesity-preventing and managing the global epidemic. *Geneva: WHO*.
- (23) World Health Organization [WHO] (2004). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. The 57th World Health Assembly, May 2004.

**POLÍTICAS E PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO EM
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

POLÍTICAS EDUCATIVAS E EDUCAÇÃO SEXUAL

EDUCATIONAL POLICIES AND SEXUAL EDUCATION

Rosa Carvalho

Centro de Formação de Associação de Escolas do Planalto Beirão. rosampcarvalho@gmail.com

RESUMO

Introdução: Na era pós-moderna questiona-se a relação entre políticas educativas e saúde, entre conhecimento e política. Uma equipa portuguesa do Projeto Knowandpol procurou na sua investigação analisar a relação entre conhecimento e ação pública no quadro das políticas que visaram a introdução da Educação Sexual em meio escolar, no período entre 1984 e 2009. **Métodos:** Os investigadores procuraram saber “as principais ideias que circulam sobre a Educação Sexual em meio escolar”, como se construiu em Portugal, um argumentário a favor da Educação Sexual em meio escolar e a importância do papel do Estado nesse processo. Fizeram entrevistas semiestruturadas a 30 atores estatais e não estatais, a vários níveis, oriundos da educação e da saúde (políticos, técnicos/burocratas, ativistas, práticos e académicos) e análise de documentos (diplomas legais, relatórios, pareceres, notícias). **Resultados:** Os dados puseram em evidência a diversidade de referenciais e paradigmas em confronto na Educação Sexual, bem como as principais controvérsias geradas pelos atores envolvidos. **Conclusão:** A elevada sensibilidade da opinião pública às questões da educação sexual induziu o Estado a interagir e a consultar outros atores estatais e não estatais na definição das suas políticas. Os atores e as organizações podem influenciar as políticas públicas não sendo já o Estado o ator central da regulação pública. Nessa rede política, os atores podem organizar-se em perspetivas diferentes, num jogo argumentativo e contra-argumentativo partilhando objetivos, valores e princípios visando um bem comum.

Palavras-chave: Políticas Educativas, Educação Sexual, Saúde

ABSTRACT

Introduction: In post-modern times it's put in question the relationship between educational and health policies, between knowledge and politics. A Portuguese team from the Knowandpol Project searched in its investigation analyze the relationship between knowledge and public action in the context of policies which aimed the introduction of Sexual Education in school ambit, in the period of time between 1984 and 2009. **Methods:** The researchers looked for “the main ideas which move on about Sexual Education in school ambit”, how it was developed in Portugal an argument list in favor of Sexual Education in school ambit and the importance of the state role in that process. Non-structured interviews were made to 30 state and non-state intervenients, on different levels, derived from the state and health services (politicians, technicians/bureaucrats, activists, realists and scholars) and document analysis (legal diplomas, reports, opinions and news). **Results:** The elements brought out in evidence the diversity of refencials and paradigms in confront in Sexual Education, as well as the main controversies created by the involved intervenients. **Conclusion:** The

superior sensibility of the public opinion to issues such as sexual education led the state to interact and gather the opinion of other state and non-state intervenients, in the definition of their own policies. The intervenients can influence the public policies, relying the state to a non-central role in the public regulation. In that political net, the intervenients can organize themselves in different perspectives, in an argumentative and contra-argumentative counterpart, sharing aims, values and principals, aiming the common welfare.

Keywords: Educational policies, Sexual education, Health.

1. INTRODUÇÃO

Na era pós-moderna questiona-se a relação entre políticas educativas e saúde, a relação entre conhecimento e política. Embora sejam frequentes os estudos sobre educação sexual, são raros ou inexistentes os estudos que adotam a educação sexual uma perspetiva das políticas públicas e numa lógica de ação pública.

Surge o Projeto de investigação *“The role of knowledge in the construction and the regulation of health and education policy in Europe: convergences and specificities among nations and sectors”* (cujo acrónimo é *Knowandpol*) – um projeto europeu de investigação, aprovado pela União Europeia no quadro da Prioridade 7 *“Citizens and governance in a knowledge based society”*. Preparado durante o ano letivo de 2005/2006, teve a duração de sessenta meses com início em um de outubro de 2006 e fim a trinta de setembro de 2011, integrou doze equipas de investigação de oito países (Alemanha, Bélgica, França, Hungria, Noruega, Portugal, Reino Unido, Roménia) e foi aplicado a dois setores de estudo: a saúde e a educação.

A equipa portuguesa coordenada por João Barroso pretendeu estudar o papel do conhecimento na construção e regulação das políticas de educação na Europa, procurou conhecer melhor a relação ativa entre decisores políticos e conhecimento, num contexto social e cultural caracterizado pelo aumento do volume, da pluralidade e da circulação do conhecimento sobre os vários setores das políticas públicas (Carvalho, 2010, p. 3). Estruturou a sua pesquisa em torno da hipótese segundo a qual é possível identificar nesta variedade de políticas e de medidas concretas, um conjunto central de efeitos estratégicos relacionados com uma mudança do papel do Estado no governo da educação.

O projeto baseia-se numa abordagem cognitiva das políticas públicas vistas como “um processo social que se desenrola num tempo determinado, no interior de um quadro institucional que limita o tipo e o nível de recursos disponíveis, através de esquemas interpretativos e de escolha de valores que definem a natureza dos problemas públicos que são colocados e a orientação da ação” (Durand, citado por Van Zanten, 2004, p. 26). Ele é, por um lado, uma forma de legitimação de um poder político com défice de autoridade e num contexto em que tem de negociar com diferentes atores no quadro de novas formas de governança; e, por outro, é um instrumento de regulação, substituindo as formas de controlo burocrático por formas mais persuasivas, assentes mais em resultados do que em normas, como é próprio das formas emergentes de regulação pós-burocrática. Como referem Pons e Van Zanten (2007, p. 108), “... os Estados ou os governos já não são os atores centrais da regulação pública, eles têm de ter em conta os interesses de muitos atores que intervêm no complexo e multipolar processo de decisão”. Os atores, com o seu conhecimento, num processo

social ativo, constroem, nessa malha interativa, um conjunto de ideias, conceitos e categorias e exercem influência sobre as políticas.

O estudo adota uma abordagem da política numa perspectiva de ação pública que não se centra exclusivamente na intervenção do Estado e da sua administração, mas tem em conta a diversidade de cenas e de atores envolvidos no processo político, em diferentes níveis, bem como as múltiplas interdependências, características da era pós-moderna – uma sociedade em rede. A partir da década de 60, 70 os atores ligam-se para criar um conjunto de organizações com poder para influenciar as políticas públicas. Criam-se redes que dão conta de um conjunto vasto e complexo de interações entre diferentes atores. O importante numa rede são os objetivos partilhados no coletivo, o modo como eles podem ser atingidos, através do reforço dos seus valores e das suas estratégias. As ideias são um fator agregador das interações entre os indivíduos, podendo haver mais que uma rede de atores, organizando-se em função das suas perspectivas, que podem ser diferentes acerca do mesmo problema, num jogo argumentativo e contra-argumentativo. Particularmente importante é a capacidade que os atores têm de produzir e fazer circular através da rede, uma argumentação baseada no seu conhecimento académico ou experiencial exercendo influência sobre as políticas.

De facto as conexões entre conhecimento e política foram valorizadas. Embora dependam de múltiplos fatores contextuais (paradigmas dominantes, modos de regulação, situações políticas, as características dos atores, etc) e sejam intrínsecos à natureza da questão, no caso da educação sexual nas escolas (Figueiredo, Barroso & Carvalho, 2010) o processo de "politização do conhecimento" e "impregnação de conhecimento em política", assumiu formas diferentes ao longo do período em análise, sendo, contudo, possível identificar um padrão contínuo em torno de duas configurações predominantes: "comissões de especialistas" e "melhores práticas".

O Estado valorizou personalidades a quem reconhecia competência e conhecimento, para estabelecerem redes (especialistas, académicos, organizações não-governamentais e escolas), integrarem programas e constituírem grupos de trabalho, com a finalidade de apoiar as ações das instituições dependentes do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde.

A existência desses comités de peritos, uma vez que eles estavam fora, e devido à sua natureza compósita funcionavam como os produtores e legitimadores das políticas sendo as suas opiniões um referente para as autoridades governamentais, transformando factos sociais em problemas políticos, testando soluções, e até mesmo adiando decisões controversas.

Por sua vez as "melhores práticas", enquanto conhecimento útil, também são os instrumentos de ação pública. As "boas práticas" e a circulação e divulgação desse conhecimento em vários fóruns patrocinados pela administração central (por exemplo, nas reuniões anuais e RNEPS em boletins informativos e atualmente no site da Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular - DGIDC), constituem não só uma produção de "conhecimento tácito", mas também uma transformação de "conhecimento tácito" em "conhecimento explicativo", condição essencial para sua politização.

Associada à ideia de um "Estado mínimo", isto é, à defesa de uma redução desejável na extensão da sua intervenção pública, o Estado tem vindo a mudar as estratégias de ação, atenuando a sua representação enquanto centro decisor. Face à evidência das interdependências entre os governos e inúmeros atores sociais, acredita-se que é necessário menos governo, mas mais "governança". Emerge uma atividade de coordenação da vida social garantida por múltiplas entidades, de forma descentralizada e até autónoma, associada ao crescente uso do conceito de "governança", utilizado para sinalizar uma mudança no significado de governo, ou seja, para referir "um novo processo de

governar", ou "um novo método através do qual a sociedade é governada" (Rhodes, 1996, pp. 652-653).

Num contexto deste tipo, a governação é entendida como a gestão pública de complexas redes interorganizacionais que se substituem às unidades tradicionais do Estado na oferta de serviços públicos à população e que cruzam frequentemente as fronteiras dos setores público, privado e cooperativo (Lima, 2006, p. 167).

O termo exprime a ideia de que a formulação e a implementação das políticas já não se restringem às agências públicas, ocorrendo agora através de um crescente número de relacionamentos entre organizações públicas e não públicas e assentando em cruzamentos cada vez mais complexos entre atividades públicas e privadas (Agranoff & McGuire, 2003, pp. 20-21). É neste sentido sistémico que Bardouille (2000) define "governação" como "os complexos mecanismos, processos, relações e instituições através dos quais os cidadãos articulam os seus interesses e medeiam as suas diferenças" (p. 83). A governação é, então, um conceito mais lato do que o de governo, pois abrange a provisão de serviços através de permutações de intervenção entre o Estado e numerosas entidades situadas nos setores privado e/ou cooperativo, considerando também Bogason & Musso (2006, p. 4) que a vantagem do termo "governação" relativamente ao de "governo" é que ele ajuda a enfatizar os processos, mais do que as estruturas formais.

Uma forma paradigmática de assegurar a articulação e a mediação dos interesses da multiplicidade de atores implicados nas questões públicas, cada vez mais destacada na literatura e no discurso político é a organização em rede (Powell, 1990). Essa nova estrutura social — Sociedade em rede, constituída de redes de produção, poder e experiência — origina, também, alterações do Estado, pelo que, na sequência da crise do Estado-Nação, a "multilateralização" das instituições do poder e a descentralização da autoridade para níveis regionais e locais ocasionam uma nova geometria do poder, levando a uma nova forma de Estado, o Estado em Rede (Castells, 2007, p. 15).

Se entendermos a "regulação do sistema educativo" como um "sistema de regulações" torna-se necessário valorizar o papel fundamental das instâncias (indivíduos, estruturas formais ou informais). Estas funcionam como uma espécie de "nós da rede" de diferentes reguladores e a sua intervenção é decisiva, assumindo o Estado a função essencial de "regular as regulações", isto é de proceder a uma meta-regulação (Barroso, 2007).

Neste estudo, o que está em causa é o estudo dos instrumentos de governação, os sistemas de ação no processo de decisão e de execução das políticas educativas e o modo como a ação estatal é contextualizada. Valorizando uma nova forma de ação pública, tem como pressupostos: romper com uma visão linear e hierárquica do processo político, advogando uma visão horizontal e circular; estudar os atores estatais e não estatais, numa teia de interdependências complexas e a vários níveis; ter em conta que os atores nacionais e supranacionais podem ser tão ou mais relevantes como o próprio Estado; analisar o modo como o conhecimento é gerado e mobilizado pelos actores. O conhecimento circula através da circulação dos atores e dos seus discursos, no quadro de diferentes relações de poder, em espaços formais e informais de ação pública, quer tenham ação pública direta (governo, parlamento, administração pública, entre outras), quer indireta (universidades, associações, meios de comunicação sociais, eventos académicos, etc.)

Também no âmbito da educação sexual, numa abordagem da política numa perspetiva de ação pública que não se centra exclusivamente na intervenção do Estado e da sua administração, mas tem em conta a diversidade de cenas e de atores envolvidos no processo político, em diferentes níveis, bem como as suas múltiplas interdependências, os atores constroem, nessa malha interativa,

um conjunto de ideias, conceitos e categorias, através das quais o sentido é atribuído aos fenómenos. A abordagem da coalização de discursos ilustra como uma conjugação de ideias entre diferentes atores se espelha num discurso e poderá num determinado setor das políticas públicas fazer vingar um conceito, obrigando a sociedade a considerá-lo.

Importa, então, perceber como emergem e evoluem essas diferentes ideias, como se integram no contexto educativo, como legitimam a necessidade de intervenção do Estado.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Integrado nesse estudo global uma equipa portuguesa pretendeu analisar as políticas que visaram a introdução da Educação Sexual em meio escolar, no período entre 1984 e 2009, espaço temporal entre o primeiro diploma legal (Lei n.º 3/84) e o último (Lei n.º 60/2009) sobre educação sexual nas escolas.

A Lei n.º 3/84 – Educação Sexual e Planeamento Familiar, primeira lei específica sobre educação sexual aprovada pelo Parlamento, atribuía responsabilidades principais ao Ministério da Saúde e aos municípios. Relativamente à educação advoga a necessidade de uma abordagem ao "conhecimento científico sobre a anatomia fisiológica, genética e sexualidade humana (art. 2.º, ponto 2) nos programas de ensino, e a realização de formação de professores neste domínio (art. 3), mas nunca foi regulamentada pelo governo.

Por sua vez, a última, Lei nº 60/2009 que estabelece o regime de aplicação da educação sexual nas escolas, além dos objetivos delineados em leis anteriores, prevê "o enriquecimento da sexualidade e da afetividade entre as pessoas", a "melhoria das relações afetivo-sexuais" dos jovens, e a capacidade de proteger contra todas as formas de exploração sexual e abuso" valorizando o "respeito pela diferença entre as pessoas e diferentes orientações sexuais" (art. 2). Torna obrigatória a designação de um coordenador da Educação Sexual na escola e a criação de serviços de apoio para alunos do 2.º e 3.º ciclo e Ensino Secundário.

Nesta investigação procuraram saber as principais ideias que circulam sobre a Educação Sexual em meio escolar, como se construiu em Portugal um argumentário a favor da Educação Sexual em meio escolar e a importância do papel do Estado nesse processo.

Partindo da hipótese que a elevada sensibilidade da opinião pública às questões da educação sexual induz o Estado a interagir e a consultar outros atores estatais e não estatais na definição das suas políticas, procuraram captar quem são os atores mais significativos nesta ação pública, perceber se estes interagem e se ligam uns aos outros, quais as modalidades de interação dos atores, perceber até que ponto estes se configuram como uma rede pública, ou seja, saber se atuam como coconstrutores de um dado paradigma de Educação Sexual, saber a legitimidade e a necessidade da intervenção do Estado nesta matéria e da sua integração no contexto educativo.

Neste estudo foram realizadas entrevistas semiestruturadas a 30 atores estatais e não estatais a vários níveis, oriundos da educação e da saúde – políticos, técnicos/burocratas, ativistas, práticos e académicos. A lista dos entrevistados foi elaborada a partir de uma entrevista exploratória inicial a um ator-chave (com diversas publicações) e foi progressivamente refinada encontrando e escolhendo um conjunto de atores tendo em conta critérios de relevância e pertinência para os objetivos da pesquisa. Dos trinta entrevistados dezanove (núcleo duro) relacionam-se de forma consistente com esta ação pública ao longo dos vinte e cinco anos, apresentando uma relação próxima com o conhecimento (especialistas em Educação para a saúde). Oito dos dezanove são

políticos, técnicos/burocratas, ativistas, práticos, académicos. Para a maioria a Educação para a Saúde é uma área privilegiada da sua ação profissional e/ou cívica.

A equipa recorreu ainda à análise de um vasto *corpus* documental composto de vários diplomas legais, relatórios, pareceres, protocolos, relatórios, divulgação de programas, notícias, projetos e os sites de órgãos oficiais e organizações não governamentais, procedendo à respetiva análise de conteúdo, tendo como referentes as questões de investigação.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados evidenciam a influência da controvérsia dos atores envolvidos e a diversidade de referenciais e paradigmas em confronto na Educação Sexual.

De facto há um conjunto de ideias associadas ao sentido da Educação Sexual que permite admitir crenças, valores e princípios de ação formando um sistema no qual os atores se misturam e contribuem ativamente na produção desses sentidos.

Identificam três paradigmas: Paradigma Biomédico, Paradigma Psicossocial e Paradigma Sociopolítico, constatando-se que em cada paradigma há conhecimento associado, imersão de diferentes áreas de saber, categorias socioprofissionais integradas, atores que lhes dão sentido através da sua ação discursiva.

A sua configuração como paradigmas traduz uma certa unidade que reflecte uma interpretação do que é (ou deve ser) a Educação Sexual. No que concerne à mudança de paradigma além de se constatar uma evolução temporal verifica-se que a emergência de novos modos de interrogar as questões da sexualidade, embora esbata o paradigma anterior, que parecia ser dominante, não o anula.

Este conhecimento induziu o debruçar sobre o modo como as ideias circulam e se agregam num paradigma, como este paradigma se partilha entre atores e como se espelha em decisões de âmbito político (instrumentos legislativos, documentos orientadores, programas ministeriais).

Todos eles se afiguram, contudo, como verdades disponíveis e em uso sendo mesmo perceptível nos discursos e no quadro normativo uma hibridação mais ou menos complexa.

Numa perspetiva evolutiva identificam e caracterizam os vários paradigmas. À luz do paradigma Biomédico (final séc. XVIII início do XIX) a sexualidade é vista numa ótica de um discurso médico. A sexualidade é transferida do foro privado e íntimo para o público e coletivo verificando-se uma pressão social e da comunidade científica para que o Estado assuma responsabilidades. É reconhecida a necessidade de intervenção do papel do Estado e emerge a educação sexual como uma parte da educação global que o Estado deve garantir. Este paradigma coloca em relação a saúde e a educação legitimando a entrada dos profissionais da saúde nas escolas a pedido dos próprios professores, que tendem a considerar os seus saberes limitados para essa abordagem. Esta visão de Educação Sexual como área de “especialistas” ao mesmo tempo que lhe garante estatuto, esvazia a ação dos professores.

A partir dos anos 80 emerge o Paradigma Psicossocial. Esta abordagem mais centrada nas pessoas, aposta numa compreensão holística da sexualidade acreditando numa aliança indissociável entre o biológico e o psicológico com um nítido apelo a uma multiplicidade de fontes (sociais, culturais, psicológicas).

Emergem movimentos sociais em que a sexualidade ganha uma identidade própria, a sua reivindicação deixa a esfera privada para se associar à luta política pelos direitos civis (movimentos feministas e movimento gay). É a ideia da sexualidade como um direito privado, pelo qual o Estado

deve velar como direito de todos, abstendo-se de o condicionar e de o sujeitar aos valores da maioria. O Paradigma Psicossocial afirma-se de forma crescente desde os anos 90 até aos nossos dias. Considerando a Educação Sexual como dimensão da Educação para a Saúde tem justificação não apenas pelo apelo à componente biológica (corpo saudável) mas também à componente psicológica (saúde mental e saúde psicológica).

Neste paradigma inscrevem-se os programas de Educação para a Saúde elaborados pelo Ministério da Educação em colaboração com o Ministério da Saúde: (PPES, 1993) Programa de Promoção e Educação para a Saúde; (PPES/RNEPP, 1998) Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde e Rede Nacional das Escolas Promotoras de Saúde; (GTES, 2005) Grupo de trabalho para a Educação para a Saúde.

O argumentário científico bio-psico-social ao abordar a sexualidade como parte de um todo, a “saúde” e advogando que é preciso preparar o ser humano para os desafios e riscos que se colocarão no início da fase adulta diminuiu a possível conflitualidade favorecendo a entrada da educação sexual nas escolas.

O Paradigma Sociopolítico considera que a Educação Sexual é Educação para a cidadania (Conselho Nacional de Educação), advoga a igualdade entre a educação sexual e a educação para a saúde e tem subjacente a consciência sobre as representações de género.

O entendimento sociopolítico da sexualidade traz para o campo da Educação Sexual a discussão de códigos religiosos e ideológicos como sistemas de referencialização das condutas. A tónica deixa de estar no comportamento e no “risco” para se assumir que a sociedade produz uma visão sobre a sexualidade que pode ter repercussões sobre o indivíduo.

O discurso passa a ser o dos direitos (civis, políticos e sociais) sendo mobilizado não só pelos intelectuais, mas por amplos espectros políticos, percorrendo grupos mais ou menos poderosos. Os grupos organizam-se em torno de determinados direitos, procuram mobilizar a sociedade para a luta e influenciar e pressionar os decisores políticos a construírem políticas que reconheçam e garantam os seus direitos.

Em Portugal, a Educação Sexual, de acordo com este paradigma tem sido residual, mas há trabalhos no âmbito de comissões governamentais salientando-se igualdade de direitos ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, CIDM – Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres e estudos sobre o género.

4. CONCLUSÃO

A elevada sensibilidade da opinião pública às questões da educação sexual induziu o Estado a interagir e a consultar outros atores estatais e não estatais, na definição das suas políticas admitindo-se que estes atores e as organizações podem influenciar as políticas públicas não sendo já o Estado o ator central da regulação pública.

Nessa rede política, os atores podem organizar-se em perspetivas diferentes, num jogo argumentativo e contra-argumentativo partilhando objetivos, valores e princípios visando um bem comum. Nesta rede interagem especialistas de algumas organizações não governamentais (ONG) como a Associação para o Planeamento da Família (APF), académicos e da administração central, que dão o seu contributo híbrido para a elaboração de documentos ministeriais (orientações, relatórios). Por um lado, elas contêm uma componente de análise, incluindo mesmo resultados de teoria e da pesquisa realizada; por outro lado, eles são de natureza prescritiva, incluindo orientações

programáticas, objetivos e conteúdos a serem trabalhados pelos professores nas escolas. Nas franjas destes atores há outros atores de causa – LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e transgéneros.

Embora se verifique uma conflitualidade em torno da Educação Sexual como missão do Estado há uma *rede Política* (atores estatais e não estatais) a favor da Educação Sexual em meio escolar considerando-a uma necessidade básica da Educação das crianças e jovens e um consenso quanto à necessidade de intervenção do Estado na definição das políticas de educação sexual nas escolas.

O Estado tem sido um ator fundamental neste conflito assumindo, por vezes, uma aparente posição de distanciamento ora tomando partido favorecendo ou dificultando políticas de educação sexual nas escolas. Assim, se em termos políticos é uma questão ganha (leis fundamentais, programas ministeriais, documentação disponível, rede de atores ao longo dos 25 anos) os ativistas consideram que à institucionalização formal das políticas públicas não corresponde a sua implementação efetiva, hesitando quando se fala de escolas e de professores.

Embora identificados e caracterizados os três paradigmas, como ideias diferenciadas, a análise dos vários normativos, incluindo a Lei n.º 60/2009, permite identificar o “efeito de hibridação” que resulta da sobreposição de diferentes lógicas, discursos e práticas na definição e na ação política que reforçam as características de ambiguidade e compósitas (Carvalho, 2011, p. 21). De facto, o discurso legal inclui traços do Paradigma Biomédico (compreensão científica do funcionamento dos mecanismos biológicos reprodutivos), do Paradigma Psicossocial (desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade) e do Paradigma Sociopolítico (o respeito pela diferença entre as pessoas e pelas diferentes orientações sexuais, a promoção da igualdade entre os sexos, a eliminação de comportamentos baseados na discriminação sexual ou na violência em função do sexo ou orientação sexual).

O modo como a educação Sexual é socialmente representada, fruto da reflexividade dos vários atores e da circulação de conhecimento, influencia o modelo global das políticas públicas adotadas, no que diz respeito aos princípios e conteúdos e aos modos de coordenação assumidos no seio da própria administração.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Agranoff, R. & McGuire, M. (2003). *Collaborative Public Management*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- (2) Bardouille, N. C. (2000). The transformation of governance paradigms and modalities insights into the marketisation of the public service in response to globalization. *The Round Table*, nº 353, 81-106.
- (3) Barroso, J., et al. (2007). As Políticas Educativas como objecto de estudo e de formação em Administração Educacional. Sísifo. *Revista de Ciências da Educação*, 4, 5-20. Consultado em Dezembro, 2010, em <http://sisifo.fpce.ul.pt>
- (4) Bogason, P. & Musso, J. A. (2006). The democratic prospects of network governance. *American Review of Public Administration*, vol. 36, nº 1, 3-18.
- (5) Figueiredo, C., Barroso, J. e Carvalho, L. M. (2010). Knowledge and Public Action: Sex education in school (1984-2009). Knowandpol – Orientation 2 – Portuguese team. Consultado em Outubro, 2011, em [http://www.knowandpol.eu/fileadmin/KaP/content/Scientific report/Orientation2/O2 PA2.Portugal](http://www.knowandpol.eu/fileadmin/KaP/content/Scientific%20report/Orientation2/O2%20PA2.Portugal)

- (6) Carvalho, R. (2011). A contratualização da autonomia das escolas em Portugal. Tese de doutoramento. Universidade Católica Portuguesa. (Policopiada).
- (7) Castells, M. (2007). *A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura. A Sociedade em Rede*. Lisboa: Gulbenkian.
- (8) Lima, L. (2006). Administração da Educação e Autonomia das Escolas. In Lima, L. et al. A educação em Portugal (1986-2006): alguns contributos da investigação. *Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação*, 1-46.
- (9) Pons, X. & van Zanten, A. (2007). Knowledge circulation, regulation and governance, in Delvaux, B. & Mangez, E. *Literature review on Knowledge and policy*, consultado em Novembro, 2011, em <http://www.knowandpol.eu/>.
- (10) Powell, W. W. (1990). Neither market nor hierarchy: network forms of organization. *Research in Organizational Behavior*, nº 12, 295-336.
- (11) Rhodes, R. A. W. (1996). The new governance: governing without government. *Political Studies*, Vol. 44, 652-667.
- (12) Van Zanten, A. (2004). *Les politiques d'éducation*. Paris, PUF, collection "Que sais-je ?".

POLÍTICAS SOCIAIS E RESPOSTAS EDUCATIVAS: CONTRIBUTOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE, DOS DIREITOS E DA CIDADANIA

SOCIAL POLICIES AND EDUCACIONAL RESPONSES: CONTRIBUTIONS TO THE PROMOTION OF HEALTH, RIGHTS AND CITIZENSHIP

Hélder Castanheira¹

¹ Universidade de Aveiro. helder.castanheira@ua.pt

RESUMO

Na Constituição da República Portuguesa e na Lei de Bases do Sistema Educativo estão explicitas as responsabilidades do Estado, os princípios reguladores da sua intervenção e o ideário normativo que rege e garante a prossecução da democraticidade, equidade e igualdade de oportunidades no âmbito do sistema educativo. Importa, assim, enquadrar os compromissos do Estado, deixando enaltecere a trajetória das políticas sociais no contexto de sistema de educativo e bem assim o papel estratégico que cabe à Ação Social Escolar na melhoria do bem-estar, na promoção da saúde e na cidadania educativa. A questão central desta abordagem incidirá na natureza político-cultural do Estado, onde a Ação Social Escolar e a sua missão (que comporta o apoio à saúde) possa assentar numa prática em que a comunidade a assuma como parte integrante do projeto educativo institucional e não como assunto do Estado, consolidada em direitos e responsabilidades, patrocinada por instituições identificadas com essa oportunidade estratégica, fundada numa nova relação entre o Estado e as famílias, o Estado e as instituições e as instituições e as famílias, assim como nos documentos estratégicos concebidos para a área da saúde. A Ação Social Escolar não pode assim abster-se das consequências transformadoras que origina e do seu cunho educativo macro ético de caráter compensatório e promocional, inerente a uma adequada política social, que promova a construção identitária na diversidade, que exalte uma nova relação contratual entre os indivíduos, as instituições e as famílias, alicerçada na promoção da saúde e do bem comum.

Palavras-chave: *Ação Social; Políticas Educativas; Bem-estar; Promoção da Saúde*

ABSTRACT

In the Portuguese Constitution and the law of the Education System are explicit the State responsibilities, the regulatory principles and ideals of its intervention rules to govern and ensure the pursuit of democracy, equity and equal opportunities within the education system. Therefore it is important to frame the commitments of the state, enhancing the trajectory of social policies in education context as well as in the strategic role of the Social Welfare Services in the well-being, health promotion and citizenship education. The point of this approach will focus on political-cultural state, in which the Welfare Service and its mission (which includes health support) may be based on practice in which the community has to be assumed as part of the institutional and educational project not as a matter of state, consolidated in rights and responsibilities, sponsored

by institutions identified with this strategic opportunity, based on a new relationship between the state and families, the state and the institutions and the institutions and families, as well as strategic documents designed for health. The Welfare Social Services cannot abstain from its origin processing consequences and of its macro ethical educative and promotional compensatory character inherent to an appropriate social policy that promotes the construction of identity in diversity, which celebrates a new contractual relationship between individuals, institutions and families, rooted in health promotion and common good.

Keywords: *Social Action, Education Policy, Welfare, Health Promotion.*

1. INTRODUÇÃO

Para nascer, para se desenvolver e para se manter, qualquer sociedade precisa de se fundar sobre os vários «bens comuns», entre os quais, por exemplo, o sentimento de *pertencer* a uma comunidade humana. Daí a ideia de que a «nação», uma «sociedade nacional», é sobretudo «uma vontade comum», uma vontade de viver em comunidade, neste ultimo caso, tendo por base o conhecimento. Petrella (2002) corrobora que quanto mais diversificadas, duradouras e dramáticas forem as condições e as ações de «viver em comunidade», mais elas se transformam em sinais portadores de pertença, ou seja de *identidade*, como um estado, uma população, ou um grupo social. Essa identidade vivida, promovida e juridicamente legitimada torna-se num *património comum* sob a forma de princípios, direitos, instituições e espaços públicos. A amplitude e a força de coesão entre os membros de uma determinada sociedade estão estritamente associados a estes acontecimentos. Quanto mais forte for a coesão, mais a solidariedade age, enquanto geradora de uma consciência e de uma convivência ditadas pelo *interesse geral*. É desta forma que a sociedade se torna numa «boa sociedade», no imaginário coletivo e na vivência quotidiana.

No ordenamento jurídico nacional a Constituição da República Portuguesa (CRP) consagra, entre outras tarefas do Estado, a de *promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre portugueses, bem como a efetivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais* (cf. al. d), artº 9º).

Mais adiante, a Constituição estatui, igualmente, o princípio da universalidade (artº 12º), afirmando que *todos os cidadãos gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na constituição e o princípio da igualdade* (art.º 13º) ao estabelecer que todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei (n.º 1) e no n.º 2, *que ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual*.

Poderíamos, ainda, determo-nos no Capítulo dos Direitos, Liberdades e Garantias para notar a consagração estabelecida no artº 26º, designadamente quando afirma que *a todos são reconhecidos os direitos (...) à cidadania e à proteção legal contra quaisquer formas de discriminação*.

Mas é no Capítulo III (direitos e deveres culturais), no seu art.º 73º, que a Constituição da República Portuguesa estabelece que *todos têm direito à educação e cultura* (nº 1) e que *o estado promove a democratização da educação e as demais condições para que a educação, realizada através da escola e de outros meios formativos contribua para a igualdade de oportunidades, a superação das desigualdades económicas e sociais e culturais, o desenvolvimento da personalidade e do espírito de*

tolerância, de compreensão mútua, de solidariedade e de responsabilidade, para o progresso social e para a participação democrática na vida coletiva.

Por sua vez, no artigo seguinte (art.º 74º) a CRP determina, ainda no seu nº 1, que *todos têm o direito ao ensino com garantia do direito à igualdade de oportunidades de acesso e êxito escolar.*

Retomando a questão de abertura, o que é hoje em dia o bem comum? Não será fazer prova de uma utopia angélica o facto de se falar dele nas condições atuais? É possível construir o futuro da nossa sociedade sobre ele? E qual é ele? O pressuposto destas interrogações assenta na *inevitabilidade do existir e fazer em conjunto* à escala da sociedade, considerando que o *bem comum* é representado pela *existência do outro*, enquanto principal expressão do direito humano, em lugar do *apartheid social* – eis o motor que constituirá o futuro e fará crescer e progredir a comunidade no seu desígnio educativo e civilizacional (Castanheira, 2003-2008).

Tendo por base os princípios emanados na CRP o presente trabalho tem como finalidade analisar as políticas sociais públicas e concernentes respostas educativas, visando a promoção da saúde e da cidadania educativa.

2. POLÍTICAS SOCIAIS (PÚBLICAS) E RESPOSTAS EDUCATIVAS

Ponderadas as políticas públicas e as respostas educativas que estas suscitam, o sistema educativo deve assumir fins e realizar objetivos devidamente integrados na missão e na estratégia de cada Instituição, desenvolvendo a sua ação da seguinte forma: assegurando condições institucionais para concretizar a ideia de educação como bem público; contribuindo para um ambiente institucional que sirva a educação integral de todos os estudantes; promovendo o bem-estar da comunidade educativa, em aspetos essenciais para o desenvolvimento da aprendizagem *in caso* promoção da saúde.

Quando as instituições são frequentadas por uma população com o grau de diversidade que se observa nas escolas e nas universidades, estas não podem ter uma ação social pensada apenas para proporcionar apoios aos estudantes carenciados, por muito relevante que se apresente esta missão. Na verdade a exigência de condições que assegurem a equidade, nas suas várias dimensões e exigências, traduz-se numa carta de funções bem mais alargada e exigente. Isto quer dizer, por exemplo, assumir também um papel ativo em programas educativos, culturais, desportivos, de saúde e bem-estar, de cooperação e intercâmbio, onde a osmose institucional constitua a dinâmica prevalente da comunidade.

A política educativa é, por consequência, um resultado sempre provisório de um processo de negociação assimétrica entre grupos sociais e forças económicas e políticas, potencialmente conflituais (Amaral, 2008).

Deste modo, os novos desafios das políticas sociais exigem que se repensem os direitos sociais, o ciclo de vida, os princípios fundamentais de reordenamento do bem-estar-social, para que todos os agentes e interlocutores se revejam num sistema mais equitativo e mais eficiente (Bowles, 1972).

Assim, a conceção de um modelo de políticas sociais que promova a educação, o sucesso e o prosseguimento de estudos comporta outro pressuposto: o da interrogação sobre a pluralidade de registos da ação social e o da convicção genérica de que, numa demanda de constituição e execução de políticas públicas, o Estado deve ponderar todos os fatores que contribuem para a idealização da ação política, no contexto, muitas vezes, de uma negociação ajustada, para além do encadeamento formal, jurídico ou financeiro, em que se alicerça a atuação dos sujeitos implicados nesse procedimento (Amaral & Magalhães, 2007).

Ou seja, estará em causa, porventura, uma nova racionalidade política, que interage com outras lógicas e racionalidades - nomeadamente de ordem social -, que deverá sustentar, com rigor, a aplicação de políticas públicas, através de um sistema credível, exigente, reconhecido, isto é, ancorado num elemento estruturador da própria intervenção social. E, por outro lado, considera-se indispensável que o Estado assegure a sua missão primária de garante do acesso democrático ao ensino e a ação social, como uma probabilidade de construir uma assimetria com o passado, no sentido de uma nova cidadania polifacetada e exigente (Oosterbeek, 1998; Williams, 1998). Uma cidadania democrática assente no compromisso, na presença e na participação; uma cidadania social, que fomente a solidariedade, a cognitivização e a construção de capital social; uma cidadania intercultural que promova a aprendizagem cooperativa, a construção identitária na diversidade e exalte uma nova relação contratual entre o estado, os estudantes e a universidade (Almeida, Costa & Machado, 1988; Oliveira Martins, 1993).

3. PLANO NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR

Centrando agora a atenção nas políticas públicas específicas da saúde, é o próprio Ministério da Saúde que já o sugeria, no seu Plano Nacional de Saúde (orientações estratégicas), apresentado em janeiro de 2003, ao afirmar que «não [há] reconhecimento da importância da promoção da saúde: as atividades de promoção da saúde nem sempre ocupam lugar de primazia no contexto geral da prestação de cuidados de saúde, designadamente a nível dos centros de saúde e em particular no que se refere aos grupos etários em idade escolar e aos locais de trabalho.»

Por outro lado, o referido Plano denunciava o aumento dos comportamentos de risco: nos jovens, os principais problemas identificam-se com as repercussões dos comportamentos de risco: sedentarismo, desequilíbrios nutricionais, condutas violentas, morbilidade e mortalidade por acidentes, maternidade e paternidade precoces e comportamentos potencialmente aditivos (nomeadamente, álcool, tabaco e drogas ilícitas).

Por fim, o mesmo Plano Estratégico referia que «as populações pobres e socialmente mais desfavorecidas continuam a sofrer as desvantagens substanciais em relação à saúde (...) têm geralmente uma menor acessibilidade aos cuidados de saúde e estão também menos informados sobre os cuidados preventivos.»

Já em 2006 o Programa Nacional de Saúde Escolar volta a fazer referencia à necessidade de aumentar os fatores de proteção relacionados com o bem-estar, preconizando atividades que deverão ser orientadas para determinantes da saúde, de forma integrada, intersectorial e multidisciplinar, onde a articulação com o setor da educação é fundamental (PNS, 2004-2006).

Por sua vez, a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, a 4ª Conferencia Ministerial sobre Ambiente e Saúde e por fim a Conferencia Ministerial sobre Saúde Mental, na sua Declaração para a Europa, propõem hoje ações de combate ao estigma e à discriminação, atividades para os estádios mais vulneráveis do ciclo de vida, especialmente infância, adolescência e juventude, inseridas em estratégias de longo prazo, com benefícios para o indivíduo, as sociedades e os sistemas de saúde.

Entretanto o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (PNS 2011-2016) prevê, em primeiro lugar, que a promoção da cidadania terá reflexos na proteção contra a pobreza e a exclusão na saúde. Em segundo lugar, as políticas públicas saudáveis, traduzindo-se, em especial, no desenvolvimento de uma política de saúde horizontal focada na identificação dos fatores que influenciam a saúde das populações maioritariamente condicionadas por políticas sectoriais que vão muito para além do

setor da saúde; em terceiro lugar a ligação entre as políticas de saúde e outras políticas em vários setores da governação.

E é precisamente o modelo conceptual do PNS 2011-2016 que estabelece a maximização dos ganhos em saúde da população, através do alinhamento de todos os setores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania.

Cidadania aqui compreendida na tripla ação de acesso a direitos civis (p. ex. liberdade de movimento, de associação, de expressão e direito à justiça), de participação política (p. ex. participação e influencia das estratégias e decisões institucionais) e direitos sociais (acesso a recursos que garantam um mínimo de bem-estar e de segurança e que definem a normalidade social – educação, habitação, cuidados de saúde).

A cidadania reflete-se ainda no direito à proteção contra a pobreza e a exclusão, no acesso universal a esquemas mais amplos de proteção social, no sistema de financiamento que torne sustentável a solidariedade, no aumento da literacia em saúde, na possibilidade de escolha entre as várias oportunidades para mais e melhor saúde, na corresponsabilização do cidadão quanto às suas escolhas.

O PNS 2011-2016 considera ainda Políticas Públicas Saudáveis (PPS) aquelas que se dirigem para os sistemas de saúde e de que dependem as reformas do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

“Saúde em todas as políticas”, conceito que se baseia no reconhecimento de que a saúde também depende da responsabilidade de outros setores (por exemplo, os currículos escolares, a qualidade arquitetónica e ambiental, a eficiência energética, as políticas de equidade e de género, a segurança dos alimentos e dos bens de consumo, a habitação o lazer, o desporto, e a cultura, etc.,).

Por sua vez o acesso é aqui entendido como a obtenção de cuidados adequados, de forma adequada e atempada, pelo que se deve refletir numa (re)organização das estruturas e redes de prestação de serviços e em mudanças culturais dos cuidados de saúde que reforcem i) a primazia dos cuidados primários, como cuidados de proximidade, continuidade e transversalidade, em articulação com os cuidados hospitalares, continuados e organizações da sociedade civil; ii) a orientação para a pessoa, continuidade, compreensividade, longitudinalidade e integração, estabelecendo as condições necessárias para tornar os serviços de saúde mais acessíveis; e iii) maior proximidade junto do cidadão vulnerável, com necessidades especiais, em risco, ou com dificuldades de acesso, através de Unidades de Cuidados (UC) na comunidade, facilitação cultural e linguística, consultas noturnas, horários flexíveis, etc.

Já quanto à qualidade em saúde, o PNS destaca a qualidade da estrutura (referida como a utilização adequada dos recursos, a competência profissional, a eficiência administrativa, a locação eficiente de recursos).

A qualidade do processo refere-se à adequação técnica dos serviços, relações interpessoais e organizacional, sendo esta última garantia de globalidade e continuidade dos serviços, isto é, o carácter multiprofissional e interorganizacional dos cuidados (Levin, 1995).

Foi com certeza esta consciência social que influenciou e tem vindo a motivar o legislador que sucessivamente estatui para o sistema educativo, como referenciado em todos os normativos, essa responsabilidade intacta do Estado que, através de um sistema de ação social, assegure o direito à igualdade de oportunidades de acesso, frequência e sucesso escolar, pela superação de desigualdades económicas, sociais e culturais, onde se inscreve, claramente, o acesso a serviços de saúde.

De resto, nesta linha de pensamento, aponta precisamente o recente Relatório da OCDE (How's Life? Measuring Well-Being, 2011) ao demonstrar que os países onde a prevalência de atividades de

ação política direta e de direitos de execução sucessiva é assumida civicamente, apresentam níveis mais elevados da qualidade do bem-estar, sendo, neste caso, a primeira posição ocupada pela Suécia, encontrando-se Portugal no antepenúltimo lugar, no conjunto dos países membros desta Organização.

4. CONTRIBUTOS PARA A PROMOÇÃO DA CIDADANIA

Para atuar eficazmente sobre a saúde em contextos educativos será necessário incentivar diversas medidas, designadamente em três campos de atuação prioritários: i) estudar a situação existente em todos os níveis de ensino ii) adequar os recursos iii) estabelecer parcerias com o setor da saúde e mesmo com outros para além da educação.

Neste âmbito é importante caracterizar as situações de desigualdade em saúde e as suas determinantes, incluindo as possíveis diferenças regionais; hierarquizar as prioridades nacionais, relativamente ao sistema de ensino, cruzando essas prioridades com os principais problemas de saúde, nas comunidades educativas; inventariar e divulgar as boas práticas neste domínio, de modo a disseminar este tipo de intervenção; criar mecanismos que permitam aos Serviços de Ação Social (SAS), inspirados na Lei de Bases dos Sistema Educativo (LBSE) adequarem-se às necessidades das suas Instituições, relativamente à acessibilidade, efetividade e qualidade dos serviços prestados; aprofundar a autonomia, a responsabilização e o mérito dos diversos SAS, no âmbito das inovações que livremente encetarem; elencar as situações em que é necessário uma atuação intersectorial com outros serviços; promover a elaboração de uma Carta de Saúde Escolar e dinamizar um Plano Estratégico para uma Política de Saúde Escolar centrado em programas e projetos, fundamentados em conhecimento cientificamente validado (cf. Castanheira, 2005; Castanheira, Nogueira, Oliveira, Vasconcelos & Pereira, 2010).

Na posse de tais elementos poder-se-ia, então, constituir: um instrumento de coordenação entre Serviços e múltiplos atores; um objeto para negociar intervenções no âmbito da saúde no sistema educativo e na própria comunidade; um processo para intensificar a colaboração intersectorial para o desenvolvimento do ensino e da aprendizagem; um modelo para a sustentabilidade técnica, política e financeira desta missão dos Serviços de Ação Social; uma recentragem orgânica de todos os serviços de saúde, aconselhamento e de apoio psicológico – que operam no sistema educativo – nos Serviços de Ação Social, por serem serviços expressamente vocacionados para esses fins e considerando a sua experiencia estruturante no desenvolvimento dos projetos educativos institucionais.

Com esta matriz institucional verdadeiramente incorporada por instituições escolares, em articulação com autarquias, empresas e todos os entes envolvidos no processo educativo, sem perder de vista os modelos próprios por si adotados, evitar-se-ia a ação mimética de programas, serviços e gabinetes, assim como a reprodução apressada de conclusões, onde por vezes não se vislumbra retaguarda científica nem condições para um exercício com retorno institucional plausível. Nunca existiu, como hoje, um conhecimento tão diversificado e pluridisciplinar sobre a vida e o quotidiano dos estudantes, mas também nunca existiu uma proliferação tão abundante de entidades que, por vezes, na mesma instituição ou zona pedagógica, assumem como objeto comum de funcionamento, esta questão do bem-estar no sistema educativo.

Pretende-se, deste modo, dar corpo a certa uma ideia de escola, através de um projeto inovador, contratualizado, responsabilizante, transparente, sustentado numa política de qualidade para o

ensino, através de um conjunto de respostas oportunas, que contemplem sempre a livre escolha dos utentes, mas no respeito pelos deveres constitucionais do Estado.

Educação para a Saúde sustentada nesta linha de intervenção conduzirá a uma compreensão partilhada das questões da saúde em contexto escolar (direitos civis: primeira geração, direitos sociais: segunda geração, cidadania democrática;) processos e práticas (aprendizagem ativa, aprendizagem cooperativa, aprendizagem ao longo da vida, currículo, investigação e avaliação); resultados (coesão social, desenvolvimento sustentável, participação, responsabilidade, solidariedade e paz positiva). Do mesmo modo que a aprendizagem de conteúdos científicos e hábitos sociais apetrecham e robustecem a capacidade para enfrentar problemas e desafios complexos, também o conhecimento e a compreensão da saúde em geral permitirá aos alunos alcançar melhores níveis de saúde física, mental e social, enaltecendo os seus contributos para o desenvolvimento responsável e sustentado da comunidade.

Ou seja, a questão central compreende a transformação do sistema de ação social em sistema de ocasiões educativas, para que as escolas (e o sistema educativo como um todo) possam ser mais igualitárias, autónomas e produtivas, ultrapassando o ciclo vicioso de meras instâncias de passagem, transmissão e reprodução.

É neste contexto que emerge o conceito de escola e universidade saudável (e contemporânea) – um conceito, uma prática e uma ideia-força de mobilização, vocacionada para a promoção da saúde em ambiente educativo e espaços sociais estratégicos. Não se trata – porque não confundimos – de prevenção da doença, mas antes de promoção da saúde, fundada na força política e cultural transformadora da educação, associada aos interesses e expectativas da comunidade, horizontalizando o conhecimento e realizando intervenções que reduzam o risco, a doença e o sofrimento evitável.

A iniciativa de estimular a criação de ambientes saudáveis, como as escolas, as universidades, os municípios, as empresas, as autarquias, as cidades, as comunidades, é fruto de uma reflexão sobre as determinantes da saúde e da qualidade de vida, criando oportunidade e iniciativas direcionadas para as pessoas, mas também para os ambientes onde estas vivem, trabalham, estudam e se relacionam, constituindo, deste modo, uma rede de suporte para a sustentação de opções e atitudes saudáveis, através da construção de caminhos de participação, responsabilização e reconhecimento institucional, no contexto das ações de promoção da saúde e do bem comum.

Referenciadas internacionalmente na Conferencia da UNESCO (1998), as novas realidades impõem novos desafios à educação, ao *locus amoenus* e ao nosso tempo, considerando: 1) comunidades comprometidas com a produção e difusão do conhecimento e do avanço cultural, científico e tecnológico; 2) instituições promotoras de ensino qualificado e responsável, transparente nos espaços de construção da cidadania, ao serviço do desenvolvimento social; 3) comunidades que apresentam, discutem e propõem respostas e soluções para o desenvolvimento da sociedade e das populações; 4) referencial para que as instituições públicas e privadas possam aceder a informação científica e tecnológica para a tomada de decisão, assumindo a instituição educativa como espaço em que o processo saúde-doença-saúde constitua o fundamento para a qualidade de vida, seja para a comunidade interna, seja para a comunidade externa, envolvida em projetos de extensão educativa e cooperação institucional; 5) suporte da infraestrutura de apoio e de alicerce social capaz de dinamizar o desenvolvimento da instituição saudável, seja universidade saudável, escola saudável ou concomitantemente cidade saudável, também por força de organizações saudáveis (empresa saudável, município saudável, ambiente saudável...); 6) sede de esforços integrados e multidisciplinares para a inclusão social e a melhoria da saúde, orientada para a comunidade

educativa, no próprio ambiente da escola, ou em qualquer outro espaço de intervenção institucional: 7) organização que planeia, desenha e executa políticas de avaliação que monitorizem o alcance, a eficácia e a qualidade da instituição saudável; 8) entidade instituidora que promove e integra a escola saudável no contexto da própria comunidade – *lato sensu* –, contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e com sustentabilidade. Em síntese, contribuir para uma vida saudável, com consequente impacto sobre a população geral, em contexto de intervenção social (apoio aos pares, necessidades educativas especiais, hospitalidade, apoio comunitário, desporto, cultura, saúde pública...) envolvendo comunidades e redes de voluntariado (Eurostudent, 2008).

Assim, na linha de continuidade entre o sistema educativo (ensino básico, secundário e ensino superior), designadamente através de uma carteira de serviços que as instituições de ensino superior (IES) podem proporcionar às escolas sem acréscimo de recursos, surge a materialização do conceito de universidade saudável, donde emerge a possibilidade e também a oportunidade de integrar as instituições que assumem esta componente institucional dos seus Projetos Educativos, numa Rede que seja reconhecida através da chancela de organismos nacionais e internacionais. Surge, assim, a REPORTUS – Rede Portuguesa de Universidades Saudáveis –, ancorada na Universidade de Aveiro, constituindo um desafio estratégico e transformador, sustentado numa adequada política social que fomente a universalidade, a cognitivização e a construção de capital social, em suma, que exalte uma nova relação contratual entre o estado, os indivíduos e as instituições, alicerçada na promoção da saúde e do bem-estar das comunidades.

Tal rede atua em cinco eixos estratégicos que visam a promoção dos valores que fomentam o bem-estar, a autonomia e completo desenvolvimento da pessoa: 1) criando meios e instrumentos que promovam a saúde; 2) incorporando os planos de curriculares, de estudo e de formação no contexto de promoção da saúde; 3) impulsionando a investigação em áreas de promoção da saúde; 4) participando em programas e projetos com organismos de saúde pública e instituições comunitárias; 5) realizando atividades e prestando serviços dirigidos à promoção da saúde no contexto mais vasto da comunidade envolvente (cf. Castanheira, Nogueira, Oliveira, Vasconcelos & Pereira, 2010).

5. CONCLUSÃO

A nossa visão cívica não deseja educação limitada à transmissão de conhecimentos técnicos, ou onde se cultiva um qualquer minimalismo ético. Os direitos do homem, a saúde, a dignidade, a tolerância, a educação, o respeito mútuo, a democracia, os valores éticos não podem ser realidades distantes de uma visão aberta e humanista do mundo em que vivemos.

A linha do nosso horizonte ideal é, pois, aquela onde se podem e devem desenhar os contornos de uma sociedade civil robusta e, portanto, de uma democracia plena, não meramente formal ou insidiosamente autoritária, de uma cidadania como crivo, que separa o útil do fútil, a verdade do relativismo, o belo do feio, o expressivo do fosco, o límpido do turvo, a transparência da obscuridade.

Estamos, por isso, empenhados no crescimento, no aprofundamento e na extensão de uma cidadania que recolha e amplifique todos os valores e ideais, que promovam a tolerância, a diferença, a lógica argumentativa, o consenso ativo, a liberdade subjetiva e a liberdade externa, a autenticidade, a solidariedade, a beleza, as afinidades coletivas, o equilíbrio *in progress* da coletividade.

Um projeto que conduza à minimização do sofrimento evitável, que fomente uma pedagogia de entreajuda, que combata o egoísmo, a competição selvagem, que se oponha à agressividade como regra de conduta.

Individualmente ou associados, todos devemos ter por missão contribuir para essa formação integral, que visa a inquietude e a insatisfação e que permanece como um recurso de significações e uma reserva de sentido, singularmente movidos pela ambição de formar liberdades, despertar valores e revelar limites.

É esta a superioridade moral das sociedades democráticas. A escola será tanto mais rica quanto melhor se souber renovar e quanto melhor souber favorecer e incentivar a complementaridade dos contributos, no caso concreto através da incorporação de respostas educativas promotoras de instituições saudáveis. A convicção e a responsabilidade, os valores e os factos, o pensamento e a ação são faces da mesma moeda. A renovação do pensamento e da prática passa por uma rigorosa compreensão disso mesmo.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Almeida, J. F., Costa, A. F., & Machado, F. L. (1988). Famílias, Estudantes e Universidade. *Sociologia: Problemas e Práticas*, nº 4, 11-44.
- (2) Amaral, A. Magalhães A. (2007). Market Competition. Public Good and Institutional Governance: Analyses of Portugal's. Experience. *Higher Education Management and Policy*, vol. 19, nº1, 63-76.
- (3) Amaral, A. (2008). Os desafios das políticas de inclusão social e as acções afirmativas. Porto, Cipes.
- (4) Bowles, S. (1972). Schooling and Inequality from generation to Generation. In W. Schultz (Ed.), *Investment in Education. The Equity-Efficiency Quandary* (pp. 178-217)]. Chicago: The University of Chicago Press.
- (5) Castanheira, H. (2003). O Acesso a Serviços de Saúde. In A IGCTES e o Sistema de Acção Social no Contexto da Lei de Desenvolvimento e Qualidade do Ensino Superior. Lisboa. IGCTES.
- (6) Castanheira, H. (2005). Acção Social no Ensino Superior: um compromisso na área da saúde. In A. Pereira E. Decq Motta (Eds.) *Acção Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior*. Actas do Congresso Nacional (pp 161-166).Coimbra: SASUC Edições.
- (7) Castanheira, H. (2008). Acção Social no Ensino Superior: um novo compromisso. Universidade de Aveiro, Revista Linhas, nº 7.
- (8) Castanheira, H., Nogueira, R., Oliveira, P., Vasconcelos, G., & Pereira, A. (2010). Acção social no Ensino Superior: Novos contributos para uma agenda estratégica. In Pereira, A., Castanheira, H., Melo, A. Ferreira, A., & Vagos, P. Actas do I Congresso RESAPES – AP – Apoio psicológico no Ensino Superior: Modelos e práticas (pp 96-105). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- (9) Eurostudent Report (2008). Social and Economic Conditions of Student Life in Europe. OCDE.
- (10) Levin, H. (1995). Work and Education. In M. Carnoy (Ed.), *International Encyclopedia of Economics of Education*, second edition (pp. 10-19). Cambridge: Pergamon.
- (11) Ministério da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde. Direcção Geral da Saúde. Lisboa.

- (12) Ministério da Saúde (2006) Programa Nacional de Saúde Escolar. Direcção Geral da Saúde. Lisboa.
- (13) Ministério da Saúde (2006). Plano Nacional de Saúde 2006-2011. Direcção Geral da Saúde. Lisboa
- (14) Oliveira Martins, G. (1993). Escola de Cidadãos. Lisboa: Educare.
- (15) OCDE (2011). How's Life Measuring-Being. Paris
- (16) Oosterbeek, H. (1998). An Economic Analysis of Student Financial Aid Schemes. European Journal of Education, volume 33, nº 1, Março, pp. 21-29.
- (17) Petrella, R. (2002). O bem comum. Elogio da solidariedade. Porto. Campo das Letras.
- (18) Williams, G. (1998). Current Debates on the Funding of Mass Higher Education in the United Kingdom. European Journal of Education, volume 33, nº 1, Março, pp. 77-87.

**PROMOÇÃO DA SEGURANÇA E PREVENÇÃO DE
ACIDENTES**

PERFIL COMPORTAMENTAL ASSOCIADO AO RISCO DE ACIDENTES NOS ADOLESCENTES PORTUGUESES

BEHAVIOR PROFILE ASSOCIATED WITH THE RISK OF ACCIDENTS IN PORTUGUESE ADOLESCENTS

Emanuel Vital¹; Raúl Oliveira²; Maria do Céu Machado³; Margarida Gaspar de Matos⁴

¹ Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral II / e.vital@sapo.pt

² Faculdade de Motricidade Humana / roliveira@fmh.utl.pt

³ Faculdade de Medicina de Lisboa / ceumachado@acs.min-saude.pt

⁴ Faculdade de Motricidade Humana / mmatos@fmh.utl.pt

RESUMO

Introdução: Os acidentes são a principal das lesões fatais na adolescência. O objetivo deste estudo é contribuir para a identificação do perfil de comportamento de risco associado à ocorrência de acidentes nos adolescentes portugueses.

Métodos: Uma amostra representativa de adolescentes portugueses (n=1581) do 10º ano de escolaridade (idade=16,3 ± 0,9 anos) participou no Estudo Nacional da Rede Europeia do *Health Behaviour in School-aged Children* da OMS. Foi realizada uma análise fatorial dos componentes principais e testado um modelo de regressão logística multivariada.

Resultados: Cerca 21,4% dos adolescentes referiram ter sofrido pelo menos um acidente no ano anterior; a ocorrência de mais do que um acidente foi reportada por 5,9% da amostra. Os rapazes referiram ter tido mais acidentes que as raparigas (OR=1,78; IC:1,03; 3,11) e os adolescentes não portugueses também referiram mais acidentes do que os portugueses (OR=2,58; IC:1,18; 5,44); a região do Alentejo foi aquela que apresentou risco de acidentes superior às restantes (OR=7,28; IC:1,30; 40,92); o maior risco de multiacidentes surgiu associado aos jovens com comportamentos de violência (OR=3,70; IC:1,73; 7,92) ou com queixas psicossomáticas frequentes (OR=3,76; IC:1,97; 7,21).

Conclusões: Foi identificado, nos adolescentes que vivem em Portugal, o perfil de risco de sofrer acidentes na faixa etária dos 15 aos 17 anos. Os resultados deste estudo devem ser considerados nas políticas e nos programas dirigidos à prevenção primária de acidentes e à promoção da saúde dos jovens de Portugal.

Palavras-chave: Acidentes; Adolescentes; Comportamento de risco; Portugal.

ABSTRACT

Introduction: Accidents are the leading cause of fatal injuries in adolescence. The objective of this study is to determine the behavior profile associated with the risk of accidents in Portuguese adolescents.

Methods: A nationally representative sample of 1581 adolescents attending the 10th grade (mean age = 16,3 years, SD = 0.9) participated in the *Portuguese Health Behavior in School-Aged Children*

study. A principal component factorial analysis was used to determine the main factors which were tested in a multivariate logistic regression analysis.

Results: An occurrence of one accident in the previous year was reported by 21.4% of the respondents and 5,9% referred having more than one accident. Boys had higher frequency of accidents than girls (OR=1,78; IC:1,03; 3,11) and non-Portuguese subjects also referred higher accidents' frequency (OR=2,58; IC:1,18; 5,44). The adolescents from the Alentejo region had a higher risk (OR=7,28; IC:1,30; 40,92); also associated with higher chances of referring having more than one accident is scoring higher in violence-related behavior (OR=3,70; IC:1,73; 7,92) and psychosomatic complaints (OR=3,76; IC:1,97; 7,21).

Conclusion: The data revealed a risk profile for accidents in 15-17 years old Portuguese adolescents. This information should guide those involved in the primary prevention of accidents in youth.

Keywords: Accidents, Adolescents, Portugal, Risk behavior.

1. INTRODUÇÃO

Durante a adolescência há um aumento significativo de lesões decorrentes de acidentes e estes são mesmo a principal causa de morte na criança e no jovem (National Center for Health Statistics-World Health Organisation, 2000) (Centers for Disease Control and Prevention, 2004; Currie *et al.*, 2004). O registo dos acidentes e dos fatores de risco associados, devem ser, assim, uma componente importante dos programas de intervenção com adolescentes. Levantam-se, contudo, dificuldades ao seu registo, devido, especialmente, às diferentes metodologias utilizadas. Por exemplo, as características das lesões são dificilmente comparáveis em virtude das diferentes classificações utilizadas pelos diversos estudos para descrever os tipos de lesão. De qualquer modo, considera-se que o critério mais usado para definir "lesão" é a condição que requer cuidados médicos (Christoffel *et al.*, 1992) e origina um condicionamento da atividade (Durbin, 1999).

As lesões que ocorrem nos adolescentes podem resultar quer de ações intencionais quer de ações não intencionais, apesar de Mawson (2005) recomendar uma análise mais complexa e integrada numa abordagem comportamental. Neste contexto, as lesões e acidentes são a expressão de uma padrão de associação entre múltiplos fatores de risco relacionados com o comportamento e o ambiente (Picket *et al.*, 2002). Assim, os diversos fatores relacionados com os comportamentos em saúde, com os estilos e hábitos de vida dos adolescentes e com os seus contextos sociofamiliares necessitam ser compreendidos quando se pretende implementar estratégias adequadas de prevenção dos acidentes e lesões na população juvenil.

Em Portugal, o projeto multidisciplinar "Aventura Social e Saúde" em colaboração com a rede da OMS que estuda os comportamentos de saúde das crianças em idade escolar ("Health Behaviour in School-aged Children" - HBSC) (Currie *et al.*, 2001) é um exemplo deste tipo de intervenção/programa. Os dados obtidos neste projeto constituirão o objeto de análise deste estudo.

O objetivo da nossa pesquisa é analisar e interpretar alguns dos fatores sociais e comportamentais que podem ter contribuído para a ocorrência de acidentes e/ou lesões numa amostra representativa da população adolescente portuguesa do 10º ano de escolaridade. Esta investigação procura testar a hipótese de que na adolescência existem já comportamentos de risco e que aqueles comportamentos são diferentes em função do género, da região geográfica e da nacionalidade.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Amostra e procedimentos

A amostra em análise foi retirada de uma população mais alargada que participou no estudo “Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)” (Currie *et al.*, 2000, 2001, 2004). Portugal foi incluído como parceiro principal neste tipo de estudos, pela primeira vez em 1996 (Matos *et al.*, 2000; 2003; 2004), sendo este trabalho coordenado desde o início por um dos autores de presente estudo (Margarida Matos).

Este estudo é baseado num questionário de autopreenchimento que foi aplicado em 125 escolas de todo o país escolhidas aleatoriamente. Cerca de 52,1% dos participantes eram raparigas e 47,9% rapazes, num total de 1581 alunos do 10º ano de escolaridade. As escolas foram selecionadas aleatoriamente garantindo uma representação nacional, sendo a amostra estratificada por região de acordo com as divisões regionais do Ministério da Educação. Os alunos do estudo viviam no Norte (41,1%), no Centro (18,5), na região de Lisboa (30,4%), no Alentejo (3,7 %), e no Algarve (6,2%).

Os professores geriram o processo de entrega, resposta e receção dos questionários em sala de aula. Todo este processo foi voluntário e não se registaram recusas à participação no mesmo. Os alunos que faltaram à escola no dia em que foi preenchido o questionário não foram incluídos.

A resposta ao questionário foi livre, voluntária e foi assegurado o anonimato. Os alunos responderam sem interferência dos professores que apenas ajudaram no processo administrativo. Depois de preenchido, os alunos deixavam o questionário anónimo dentro de um envelope e o último a entregar fechava e selava o envelope que era aberto apenas pelo coordenador do estudo.

Nos aspetos éticos, foram seguidos estritamente os princípios da declaração de Helsínquia. O estudo foi aprovado pelos órgãos competentes do Ministério da Educação.

O processo de distribuição e recolha dos questionários a nível nacional foi feito por correio e foi coordenado pela equipa nacional responsável. A taxa de resposta foi de 93%.

2.2 Questionário

O questionário incluía questões sociodemográficas – idade e género -, questões sobre consumos de álcool e tabaco, atividades físicas e de lazer, hábitos alimentares, segurança, aspetos psicossociais e de saúde, relações sociais e suporte sócio-familiar. As variáveis analisadas foram: idade, género, região geográfica, frequência de sintomas psicológicos (“sentir-se em baixo”, “estar zangado” e “estar nervoso”), frequência de consumo de substâncias (tabaco, bebidas alcoólicas e drogas), autoimagem, hábitos de atividade física; relações sociais e suporte sócio-familiar (familiar nuclear e amigos); lutas e transporte de armas; tipo e frequência de acidentes. Foram criados dois sub-grupos para análise: um grupo com os jovens que referiram no período em estudo (um ano) mais do que um acidente e outro grupo que não reportaram nenhum acidente ou apenas um acidente no mesmo período.

2.3 Análise estatística

A estatística descritiva incidiu sobre a distribuição e frequência dos dados sociodemográficos e demais variáveis.

No estudo inferencial procedeu-se em primeiro lugar a uma análise fatorial dos componentes principais para identificar as variáveis que poderiam explicar melhor a variação. O gráfico de

distribuição (*scree plot*) permitiu identificar as variáveis de interesse e aquelas com *eigenvalues* maiores que um foram selecionadas para posterior análise.

Numa segunda fase foi efetuada uma análise bivariada entre as variáveis relevantes (e. g., suporte e apoio dos amigos, consumo de substâncias, comportamentos violentos e queixas psicossomáticas) e a ocorrência de multiacidentes. Posteriormente, um modelo de regressão logística multivariado foi testado para as variáveis selecionadas a partir da análise fatorial. Os resultados apresentam os efeitos mais importantes das variáveis estudadas por esse modelo sendo apresentados os respetivos riscos relativos (*odds ratios* – OR) e os limites de confiança associados (95% CI).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Resultados

Esta amostra de adolescentes apresentava um média de idade de 16,3 (± 0,9) anos. A tabela 1 mostra a distribuição por género e região geográfica. No conjunto, a região Norte e da Grande Lisboa totalizam cerca de 71,5% da amostra. A grande maioria dos jovens (93,7%) tinham a nacionalidade portuguesa e cerca de 6,3% eram não-portugueses.

Tabela 1: distribuição dos jovens por género e região geográfica

	N	Género		Região geográfica				
		Masc	Fem.	Norte	Centro	Lisboa	Alentejo	Algarve
Frequência	1581	757	824	650	293	481	59	98
Percentagem (%)	100,0	47,9	52,1	41,1	18,5	30,4	3,7	6,2

Cerca de 120 jovens (7,6%) referiram acidentes nos recintos desportivos, 88 (5,6%) acidentes de bicicleta, 74 (4,7%) acidentes na escola, 60 (3,8%) acidentes em casa, 52 (3,3%) acidentes de mota, 34 (2,2%) acidentes de carro, 12 (0,8%) referiram terem sido atropelados por veículos motorizados, e 31 (2,0%) referiram outro tipo de acidentes.

Nesta amostra, cerca de 21,4% dos sujeitos (n=343; 200 rapazes e 143 raparigas) referiram ter tido um acidente no ano anterior e cerca de 5,9% dos jovens (n=94; 59 rapazes e 35 raparigas) reportaram mais de um acidente no mesmo período. A tabela 2 mostra a distribuição por género, região e nacionalidade dos jovens que referiram ter tido acidentes (frequência de acidentes: um acidente versus mais do que um acidente por ano).

Tabela 2: Distribuição da amostra: frequência de acidente por género, região e nacionalidade.

	1 acidente (%)	>1 acidente (%)
Género		
Rapazes	26,4	7,8
Raparigas	17,4	4,2
Região		
Norte	17,5	4,6
Centro	23,5	6,8
Lisboa e Vale do Tejo	24,7	7,5
Alentejo	39,0	10,2
Algarve	18,4	2,0
Nacionalidade		
Portuguesa	21,0	5,3
Não-Portuguesa	34,7	14,3

Na análise realizada à distribuição de frequências relativa aos comportamentos de consumo de álcool, tabaco e drogas e comportamentos violentos constatou-se que quase 10 % da amostra refere consumos e comportamentos violentos com grande frequência.

Como a ocorrência de mais de um acidente no ano anterior poderá indicar um padrão de comportamento interessou-nos analisar neste estudo esta subamostra de jovens.

Na análise bivariada, os resultados revelaram que os sujeitos que referiram mais do que um acidente por ano eram também aqueles que referiram mais sintomas e problemas de saúde como “dores de cabeça”, “dores de barriga”, “dores de costas” e “dores nos ombros”, que se sentiam mais “triste/deprimido” e que referiam mais outros sintomas psicossomáticos. Eram também os que saíam mais com os amigos à noite, os que fumavam mais, os que bebiam mais bebidas espirituosas; eram também os que consumiam mais drogas e que eram mais “provocadores” ou “vítimas de provocação”, transportavam armas e participavam em lutas; por outro lado também eram os que tiveram níveis mais baixos nos itens relacionados com a satisfação com a vida e com a perceção do seu estado de saúde geral e a sua satisfação com a escola (p<0,05).

Os resultados do modelo da regressão logística revelaram alguns fatores associados ao grupo de sujeitos multiacidentados: rapazes, não portugueses, vivendo no Alentejo, que se envolveram em lutas, que transportaram armas, que se sentiram mais tristes/deprimidos e que referiram mais dores nas costas foram os jovens com maior probabilidade de referir ter tido mais do que um acidente (tabela 3).

Neste modelo a autoimagem, os hábitos de atividade física, as relações sociais e de suporte sociofamiliar bem como outros sintomas de natureza psicológica não apareceram significativamente associados aos multiacidentados.

Numa perspetiva de análise do perfil de risco acumulado que inclui os comportamentos violentos, os sintomas psicológicos, o consumo de drogas, álcool e tabaco, apenas os sujeitos com índices elevados em mais do que um comportamento violento (lutas, transporte de armas e provocação), e sintomas psicossomáticos (estar triste/deprimido, estar nervoso, e sentir dores nas costas) mantêm um risco significativo para multiacidentes – um *Odds Ratio* de 5,558 (95%CI:1,836; 16,824), para o risco cumulativo dos comportamentos violentos e um *Odds Ratio* de 2,811 (95%CI:1,075; 7,349) para o risco cumulativo de sintomas psicossomáticos.

Tabela 3: Probabilidade de ter mais do que um acidente por ano.

<i>Fator</i>	<i>χ2</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>Intervalo de Confiança (95%)</i>	
				<i>inferior</i>	<i>superior</i>
<i>Género (rapazes vs raparigas)</i>	4,259	0,039	1,788	1,030	3,105
<i>Nacionalidade (não-portugueses vs portugueses)</i>	5,634	0,018	2,582	1,175	5,437
<i>Região (Alentejo)</i>	5,094	0,024	7,289	1,299	40,915
<i>Lutas</i>	5,147	0,029	1,913	1,071	3,418
<i>Transporte de armas</i>	11,367	0,001	3,701	1,730	7,921
<i>Triste/deprimido</i>	4,256	0,039	1,865	1,032	3,370
<i>Dores nas costas</i>	16,010	0,000	3,764	1,966	7,205

χ2: Qui-quadrado; p: valores de probabilidade; OR: odds ratio.

3.2 Discussão

A natureza complexa e interdependente dos diversos fatores na vida real é um desafio aos métodos de análise ao nosso dispor. Deste modo, a discussão irá centrar-se nos dados encontrados quer na análise bivariada quer na análise multivarida.

A taxa de acidentes referido por uma amostra representativa dos adolescentes portugueses é mais baixa do que as encontradas em outros estudos (Yang *et al.*, 1998; Rappaport & Thomas, 2004). Uma explicação possível pode ser dada em virtude de alguns acidentes não terem tido consequências graves e terem sido esquecidos pelos sujeitos. Naqueles estudos foram utilizados os registos de acidentes nas escolas, enquanto que no nosso estudo foi aplicado um questionário de autoresposta.

Os principais resultados mostram-nos que os adolescentes que se envolvem mais em lutas, provocação e que transportam armas apresentaram uma maior probabilidade de referir ter tido mais do que um acidente. Estes dados confirmam os resultados encontrados por Rappaport e Thomas (2004) e Sosin *et al.* (1995) e pelo estudo Internacional da HBSC sobre os comportamentos de risco e lesões de Pickett *et al.* (2002). A frequência de alguns traços psicossomáticas como o sentir-se deprimido, a ansiedade, as dores nas costas, entre outros, era mais elevada nos adolescentes que referiram mais acidentes, o que parece confirmar que alguns fatores relacionados com o bem-estar e a saúde psicológica podem ter influência na ocorrência de acidentes na população juvenil (Mawson, 2005; Van der Wal, Wit, & Hirasings, 2003; Turner, McClure, & Pirozzo, 2004).

Os dados encontrados na análise bivariada sugerem que o consumo de drogas não deve ser um fator a negligenciar uma vez que os sujeitos que referiram o seu consumo apresentaram um Odds Ratio de 2,388 (95%IC:1,425; 5,001) de terem acidentes, o que está de acordo com estudos de outros autores (Madan, Beech, & Flint, 2001; Koven, McColl, Ellis, & Pickett, 2005). Igualmente a variável “sair à noite com amigos” é um fator que está associado a uma maior probabilidade dos jovens referirem ter tido acidentes. Um sentimento negativo em relação à Escola (“não gostar da Escola”) está associado a uma maior probabilidade de referir ter tido acidentes (Odds Ratio de 3,497; 95%IC:1,660; 7,368) e pode refletir uma situação de desajustamento social relacionado com problemas comportamentais.

Numa análise global destes dados, parece que o padrão de ocorrência de acidentes nos adolescentes portugueses poderá, em parte, ser explicado por um Síndrome Comportamental proposto por Mawson (2005), em que vários fatores contribuem e interagem para o aparecimento deste problema nas sociedades modernas.

As principais hipóteses do nosso estudo foram confirmadas. Foi registada uma diferença significativa entre sexos (mais do dobro do risco de ocorrerem multiacidentes nos rapazes), entre regiões geográficas e entre não-portugueses e portugueses.

Os adolescentes não-portugueses apresentaram mais de 2,5 vezes probabilidade de referirem ter tido acidentes do que os jovens portugueses. No entanto esta dado deverá ter em conta que a dimensão dos dois grupos era muito distinta (apenas 6,3% de não-portugueses). Neste aspeto, a combinação de fatores como a pobreza, o estado das minorias étnicas, e a dificuldade de adaptação à Escola, entre outros fatores, pode ajudar a explicar estes dados. Estes fatores também são referidos no estudo de Christoffel (1990), nos Estados Unidos da América e no estudo de Pickett *et al.* (2006) no Canadá.

O Alentejo foi a região em que os jovens referiram uma frequência de acidentes mais elevada. É a região portuguesa com a menor densidade demográfica e com menor rendimento per capita. Na população adulta é também a região com índices de depressão e de suicídio mais elevados. Neste estudo e com os dados disponíveis, não se pode concluir se estes fatores foram os principais responsáveis pelo maior risco de acidentes nos seus adolescentes. Por outro lado a dimensão da amostra (seis jovens com multiacidentes em 59 sujeitos) leva-nos a relativizar esta constatação e a

não tirar conclusões definitivas. Contudo, recomenda-se que esta situação seja acompanhada em futuros estudos. A região da grande Lisboa foi a segunda região com maior taxa de acidentes (7,5%). Nas restantes regiões, o Algarve (2,0 %) e o Norte (4,6%) foram as regiões onde a ocorrência de multiacidentes esteve abaixo da média nacional (5,9%).

O aumento generalizado de dados e estudos nesta área reconhecem que estamos em presença de um problema comportamental pelo que as estratégias de despiste do risco deverão ter em conta essa abordagem multifatorial. Por outro lado, a promoção de um ambiente que estimule o pleno desenvolvimento das capacidades individuais, suportado num contexto sócio-familiar e cultural positivo e humanista parece ser o alicerce fundamental na “gestão” desta problemática.

A responsabilidade para implementar estas mudanças deve estar em primeira instância no seio da família interagindo com os sistemas de educação e de saúde. Face à quantidade de tempo que os nossos jovens passam na escola e à socialização inerente a este contexto, pensamos que parte desse programa deverá ter como atores essenciais toda a comunidade escolar. Contudo qualquer intervenção só será bem sucedida se simultaneamente houver uma participação da família, dos “pares” e condições para mudanças de comportamento no seio das comunidades em geral e também a nível individual. Estas intervenções podem ser potenciadas pelo papel dos media, e contextualizadas igualmente nas políticas sociais, de saúde e de educação mais abrangentes que considerem e promovam uma participação ativa do jovem na sociedade.

4. CONCLUSÃO

Os dados que este estudo forneceu são similares a estudos feitos em outros países e noutras realidades socioculturais. Em todos eles, tal como no presente estudo salienta-se a necessidade de utilizar uma abordagem multifactorial para a compreensão de uma problemática de saúde pública que são os acidentes e as lesões com eles relacionadas na população juvenil.

O principal contributo que este estudo traz reside no facto de analisar a dimensão comportamental daquela realidade (acidentes) e ainda assentar numa amostra que é representativa da população juvenil nacional. É possível por isso apresentar um perfil comportamental associado ao risco de acidentes nos jovens em Portugal. Assim, ser adolescente rapaz, não-português e viver na Alentejo são fatores associados à maior probabilidade de ocorrência de multiacidentes. Adicionalmente comportamentos violentos (lutas, transporte de armas) e sintomas psicossomáticos (estar triste/deprimido e referir dores nas costas) indicaram igualmente uma maior probabilidade de ter acidentes entre os jovens estudados.

Recomendamos a continuação de estudos nesta temática, que acompanhem por mais tempo esta população e que alarguem esta análise a faixas etárias de todos os níveis de ensino, do 1º e 2º ciclo.

Agradecimentos:

Os autores agradecem à equipa da “Aventura Social e Saúde” pelo seu trabalho na recolha e na gestão dos dados.

Declaração de interesses:

O estudo da HBSC em Portugal entre os anos de 2001 e 2004 foi financiado pela FCT/MCT/37486/PSI/2001/FEDER and CNLCSida.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Centers for Disease Control and Prevention (2004). Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Acedido em Abril de 2006. Disponível em: <http://>

www.cdc.gov/ncipc/wisqars/default.htm: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.

- (2) Center for Disease Control and Prevention/National Center for Health Statistics (1996). *Proceedings of the International Collaborative Effort on Injury Statistics, Vol II*, DHHS Publication no. (PHS) 96-1252, Bethesda, Maryland.
- (3) Christoffel KK, Scheidt PC, Agran PF, Kraus JF, McLoughlin E, & Paulson JA (1992). Standard definitions for childhood injury research: excerpts of a conference report. *Pediatrics*;89 (6Pt 1):1027-34.
- (4) Christoffel KK (1990). Violent death and injury in U.S. children and adolescents. *American Journal of Diseases of the Child*, 144 (6):697-706.
- (5) Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, W. S, Samdal O, et al. (2004). *Young people health in context*. Copenhagen: WHO.
- (6) Durbin DR (1999). Preventing motor vehicle injuries. *Curr Opin Pediatr.*, 11(6):583-7.
- (7) Jernigan DH. (2001). *Global Status Report: Alcohol and Young People*. Geneva: World Health Organization. Report No.: WHO/MSD/MSB/01.1.
- (8) Koven R, McColl MA, Ellis P, & Pickett, W. (2005). Multiple risk behaviour and its association with head and neck injuries: a national analysis of young Canadians. *Preventive Medicine*, 41:240– 246.
- (9) Madan A, Beech DJ, Flint L (2001). Drugs, Guns, and Kids: The Association Between Substance Use and Injury Caused by Interpersonal Violence. *Journal of Pediatric Surgery*, 36(3):440-442.
- (10) Mawson AR (2005). Intentional injury and the behavioral syndrome. *Aggression and Violent Behavior*, 10:375–405.
- (11) Petridou E, Anastasiou A, Katsiardanis K, Dessypris N, Spyridopoulos T, & Trichopoulos, D. (2005). A prospective population based study of childhood injuries: the Velestino town study. *European Journal of Public Health*, 15 (1):9–14.
- (12) Pickett W, Schmid H, Boyce WF, Simpson K, Scheidt PC, Mazur J, et al. (2002). Multiple Risk Behavior and Injury. An international analysis of young people. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156:786-793.
- (13) Pickett W, Dostaler S, Craig W, Janssen I, Simpson K, Shelley SD, et al. (2006). Associations between risk behavior and injury and the protective roles of social environments: an analysis of 7235 Canadian school children. *Injury Prevention*;12:87-92.
- (14) Rappaport N, & Thomas, C. (2004). Recent Research Findings on Aggressive and Violent Behavior in Youth: Implications for Clinical Assessment and Intervention. *Journal of Adolescent Health*, 35:260–277.
- (15) Sosin DM, Kopsell TD, Rivara, FP, & Mercy, JA (1995). Fighting as a marker for multiple problem behaviours in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 6:209-215.
- (16) Turner C, McClure R, & Pirozzo, S (2004). Injury and risk-taking behavior: a systematic review. *Accident Analysis and Prevention*, 36:93–101.
- (17) Van der Wal MF, de Wit CAM, & Hirasing, RA (2003). Psychosocial Health Among Young Victims and Offenders of Direct and Indirect Bullying. *Pediatrics*, 111(6):1312-1317.
- (18) Yang C-Y, Yeh Y-C, Cheng M-F, & Lin M-C (1998). The Incidence of School-Related Injuries Among Adolescents in Kaohsiung, Taiwan. *American Journal of Preventive Medicine*, 15:172–177.

PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL

PROMOTION OF CHILD SAFETY

Fernanda Lopes 1;

¹ Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda / fernandalopes@ipg.

RESUMO

Assegurar a segurança das crianças é um dever dos pais e educadores. No entanto é uma área que necessita de intervenção para se reduzir a mortalidade e morbilidade infantil. Pretendeu-se identificar as medidas promotoras de segurança infantil adotadas pelas famílias e pelos jardins de infância para promoverem a segurança das crianças em idade pré-escolar e identificar as situações de risco. Fizeram-se dois estudos, no primeiro, fizeram-se entrevistas aos pais e educadoras de infância. Da amostra fizeram parte educadoras de infância de todos os jardins de infância da Guarda e um grupo de 20 pais. No segundo estudo aplicou-se um Inventário de Promoção de Segurança Infantil (IPSI) a 475 pais. Relativamente à promoção da segurança infantil, doméstica, rodoviária e de lazer, por parte dos pais e das educadoras foram identificadas várias categorias de medidas promotoras da segurança infantil que permitiram a construção do IPSI. Os resultados mostram que o risco está na descontinuidade da promoção da segurança dos filhos. Observou-se uma vulnerabilidade de ocorrência de acidente de 17%. As famílias com menor nível socioeconómico e mais funcionais (normas e regras bem definidas, mais afetivas, flexíveis, onde há menos discussões, com o tempo dedicado aos filhos quase sempre suficiente e com capacidade de satisfazerem as necessidades de higiene e alimentação), tendem a adotar comportamentos de segurança infantil com maior frequência. Os resultados deste estudo demonstram que os pais e educadoras se preocupam com a segurança das crianças, mas as regras de segurança nem sempre são cumpridas, nos pais, a vigilância durante as brincadeiras falha, apostam sobretudo na adoção de medidas de segurança gerais, enquanto promovem a educação da criança para a segurança. As educadoras apostam sobretudo na vigilância das crianças. Deve continuar a investir-se na promoção da segurança infantil.

Palavras-chave: Segurança infantil; pais; educadora de infância.

ABSTRACT

Ensuring the safety of children is the duty of parents and educators. However, it is an area that needs intervention to reduce child mortality and morbidity. We attempted to identify the measures that promote child safety, adopted by families and kindergarten to promote the safety of children between 3 and 5 years old as well as to identify risk situations. Two studies were made, in the first, there have been interviews with parents and kindergarten teachers. Kindergarten teachers who work in every kindergarten in Guarda and a group of 20 parents were part of the sample. In the second study we applied an inventory for the Promotion of Child Safety (IPSI) to 475 parents. Concerning the promotion of child, domestic, highway and leisure safety, parents and educators

have identified several categories of measures to promote child safety that allowed the construction of IPSI. The results show that the risk is in the discontinuity of the promotion of safety of children. There was vulnerability for the occurrence of accidents of 17%. Families with lower socioeconomic status and more functional (well-defined rules and standards, more emotional, flexible, where there is less discussion, the time devoted to their children is almost every time adequate, and able to satisfy the needs of hygiene and nourishment), tend to adopt child safety behaviors with more frequency. The results of this study show that parents and educators are worried about the safety of children, but safety rules are not always fulfilled. Related to the parents, surveillance fails during play, betting mainly on measures of general security, while promoting education of the child to safety. The kindergarten teachers are betting particularly on surveillance of children. We should continue to invest in the promotion of child safety.

Keywords: Child safety, parents, kindergarten.

1. INTRODUÇÃO

Os traumatismos, ferimentos e lesões acidentais constituem em quase todos os países do mundo, nos grupos etários da infância e da adolescência, a maior causa de morte, anos de vida potenciais perdidos, recursos a serviços de urgência, doença, internamento, incapacidades temporárias e definitivas e, consequentemente, um dos problemas com custos económicos mais elevados (Avery, 1995¹; Petridou, 1995²). Em Portugal esta situação é semelhante (CNSI, 1993³; Cordeiro & Meneses, 1999⁴a); somos o segundo pior país da OCDE e o pior da União Europeia com taxas de mortalidade equivalentes ao dobro da média europeia (APSI, 2004⁵).

A população mais atingida é a infantil, devido ao desconhecimento dos perigos, à fase de aprendizagem, de desenvolvimento e de descoberta do mundo, que leva as crianças a mexer e a levar produtos à boca. Por outro lado, a falta de segurança, a defeituosa e escassa adaptação das estruturas ao progresso, são facilitadores do desenvolvimento de acidentes.

A habitação nem sempre é considerada como um local onde os acidentes podem ocorrer. No entanto, de acordo com as estimativas da União Europeia, cerca de dez a vinte mil crianças e adolescentes encontram a morte em cada ano, em resultado de um acidente doméstico ou de lazer e milhares de outros sofrem ferimentos graves (Bodinaux, 1998⁶).

"Muitas das situações de acidente só podem ser evitadas, se os pais tomarem as medidas preventivas adequadas, o que implica que os próprios pais e educadores tenham uma perceção dos riscos de acidente a que a criança pode estar sujeita" (Wortel & Geus, 1993⁷; Dunne *et al.*, 1992, citados por Natário 1998: 41⁸).

Onde falha a promoção da segurança infantil?

A informação ainda não é suficiente? Os adultos não acreditam na suscetibilidade ao risco, das suas crianças, a ponto de tomarem o ambiente adequadamente seguro?

Que fatores levam os adultos, pais e educadores, a cumprirem ou não as normas de segurança?

Com este estudo pretendeu-se encontrar respostas para as questões formuladas porque, como é do conhecimento geral, é com a família e nos jardins de infância que a criança em idade pré-escolar passa a maior parte do seu tempo.

A família é a principal responsável pela socialização dos indivíduos, uma vez que transmite os antecedentes culturais fundamentais aos seus membros.

É dentro da unidade familiar que os seus membros desenvolvem o conceito de saúde e adquirem hábitos de saúde. A família como unidade desenvolve um sistema de valores, crenças e atitudes face à saúde e doença que são expressas e demonstradas através de comportamentos de saúde/doença dos seus membros. A família também funciona como fonte primária de transmissão à geração seguinte dos traços culturais relacionados com a saúde. Através da família, os seus membros aprendem as crenças e práticas respeitantes à saúde e doença da sociedade em geral.

A forma como a família desempenha as suas responsabilidades de cuidados de saúde e a sua habilidade para o fazer é influenciada por fatores tais como a estrutura, divisão do trabalho, estatuto socioeconómico e etnia (Stanhope, 1999⁹).

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros devem apoiar a família para desenvolver competências e desempenhar as tarefas relacionadas com a saúde; contribuir para que a família assuma essas responsabilidades, através de ajuda para que reforce os seus recursos e intervir mais diretamente, quando necessário, tendo em conta a situação familiar.

Todavia, existem fronteiras para todas as famílias, e os seus membros estabelecem canais através dos quais interagem com a sociedade, assegurando que a família receba a sua parte de apoios sociais.

Idealmente, a família usa estes recursos de modo a construir um ambiente seguro e íntimo para o desenvolvimento biopsicossocial dos seus membros, embora a maioria das famílias tenha um membro que funciona como suporte familiar. Apesar das fontes de suporte interno, a família pode recorrer ao suporte externo, existindo na sociedade instituições que oferecem apoio diversificado à família, nomeadamente os jardins de infância.

Os jardins de infância, devem proporcionar às crianças condições para um bom desenvolvimento físico, mental e social nas quais se incluem higiene, companheirismo, jogos coletivos, ampliação de experiências e de relacionamento. Devem fornecer ainda proteção à saúde integral da criança. Os jardins de infância também devem procurar preencher todo o esquema de segurança física, tão importante nesta faixa etária (Feige & Augusto, 1985¹⁰).

É de suma importância o atendimento correto das crianças nos primeiros 6 anos de vida. A assistência prestada na família, creches, jardins de infância ou outras unidades de educação infantil deve atender toda a população infantil, dando assistência de alto nível a todas as crianças, não estabelecendo minorias privilegiadas.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Realizaram-se dois estudos, com base na vivência das famílias e na experiência profissional das educadoras de infância.

O primeiro, realizado em 2004, teve como objetivo:

- Identificar as medidas preventivas adotadas pelas famílias e educadoras de jardins de infância para a promoção da segurança infantil das crianças em idade pré-escolar.

A amostra foi constituída por 36 indivíduos, divididos em dois grupos: 20 pais de crianças em idade pré-escolar (Grupo A) sendo 10 com filhos a frequentarem jardins de infância públicos e outros 10 com filhos em jardins de infância de Instituições Públicas de Solidariedade Social (IPSSs) da Guarda; e 16 educadoras de todos os jardins de infância da Guarda, 8 de jardins de infância públicos e 8 de IPSSs (Grupo B). As educadoras que fizeram parte da amostra foram aquelas que estando à data do estudo, no jardim de infância, como “responsável pedagógica”, também lá tivessem estado no ano letivo anterior (2003/2004).

Realizou-se uma entrevista semiestruturada aos pais e educadoras, para identificar as medidas promotoras da segurança infantil que adotavam.

No segundo estudo, complementar do primeiro, realizado em 2005, destacam-se como objetivos: avaliar a promoção da segurança infantil, efetuada pela família, a nível doméstico, rodoviário e de lazer, nas crianças em idade pré-escolar; e analisar as variáveis que interferem na atitude da família na promoção da segurança infantil. A amostra foi constituída por pais de 475 crianças que frequentavam 20 jardins de infância da Guarda e freguesias próximas. Aplicou-se um questionário onde estava incluído o Inventário de Promoção da Segurança Infantil (IPSI), construído com base nos resultados do primeiro estudo.

Os dados quantitativos dos dois estudos foram tratados informaticamente através do programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), na versão 14.0. Utilizaram-se técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial, nomeadamente: frequências absolutas e percentuais, média, desvio padrão, coeficiente de correlação de Pearson, teste t de Student e análise de variância unifactorial. Os dados qualitativos, resultantes das entrevistas do estudo 1, foram tratados através da técnica de análise de conteúdo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nos dados de maior frequência, a amostra do primeiro estudo pode ser caracterizada por: mães (90,0%), com idade compreendida entre os 35 e os 40 anos (55,0%), casadas (95,0%), naturais da Guarda (95,0%) e licenciadas (60,0%); educadoras também com idade entre os 35 e os 40 anos (31,3%), casadas (56,3%), licenciadas (62,5%), com tempo de serviço entre os 20 e 30 anos (37,5%), com filhos (93,9%), e tendo estes, na maioria, idade superior a 6 anos (66,7%).

Os dados tratados através da análise de conteúdo permitiram agrupar os resultados em três dimensões: segurança doméstica, rodoviária e de lazer.

Na segurança doméstica foram identificadas 7 categorias distintas no grupo dos pais, as quais se apresentam por ordem de frequência de unidades de registo: *medidas de segurança gerais* (43,6%), *tóxicos* (12,3%), *educação* (12,3%), *construção/estrutura da habitação* (10,8%), *vigilância* (9,8%), *mobília* (6,3%) e *medicamentos* (4,9%) (Quadro 1).

As *medidas de segurança gerais* englobam medidas como a proteção das tomadas, das escada, entre outras, visam prevenir os acidentes mais frequentes como as quedas, queimaduras e feridas, responsáveis por elevada mortalidade e morbilidade, e nas educadoras corresponderam a 47,5% das unidades de registo.

Nos pais, segue-se a categoria dos *tóxicos*, que nas educadoras, é a categoria com menor frequência (7,4%). Esta diferença percebe-se pela consciencialização dos pais relativamente à gravidade das intoxicações, associada à quantidade, localização e utilização de produtos tóxicos no domicílio, enquanto que no jardim de infância, pela habitual localização, em compartimentos fechados aos quais as crianças não têm acesso, não são uma preocupação frequente das educadoras.

A *educação*, é a terceira categoria identificada na promoção da segurança doméstica nas educadoras (15,9%) e nos pais, o que denota o reconhecimento de que a própria criança deve saber identificar os riscos para os evitar, e o investimento dos adultos nessa consciencialização para o desenvolvimento da autonomia da criança.

Segue-se a categoria da *construção*, onde se constata que na construção da habitação já são introduzidas medidas de segurança, nomeadamente: no tipo e localização de tomadas e sistemas de segurança nas portas e janelas, entre outros. Essas medidas registam-se sobretudo nos jardins de

infância (13,1%) que têm construções de origem para essa função e, ainda, na aplicação de aquecimento central, de uma forma geral, nos outros.

A *vigilância* é a quinta categoria, tanto nos pais como nas educadoras, até mesmo com percentagens aproximadas, 9,8% e 11,5% respetivamente. 45% dos pais aposta na vigilância constante e 25% na vigilância menos apertada, se bem que, reforçada em situações apontadas como de maior risco. Em 56,3% dos jardins de infância, as educadoras referem a vigilância constante e, em 18,8% realçam situações de vigilância redobrada.

A *mobília* é a sexta categoria da promoção da segurança doméstica, pelos pais. A sua baixa frequência (6,3%) pode demonstrar que os pais não se preocupam com o risco potencial que existe no tipo, montagem e disposição do mobiliário. 30% dos pais referem ter proteção nas esquinas da mobília, o que sugere que o casal, ao mobilar a casa, não pensou nas crianças que, geralmente, ainda não existem. Não haveria necessidade de proteger as esquinas do mobiliário, se todo ele, fosse concebido sem esse risco. Felizmente, 10% dos pais tiveram o cuidado de escolher a mobília sem esquinas vivas. De salientar que nenhum pai focou o aspeto da fixação dos móveis à parede para prevenção da sua queda sobre a criança quando tenta trepar ou se pendura nas gavetas, o que é preocupante, pois pode revelar uma lacuna na segurança dos filhos.

Nas educadoras, o *equipamento* (20,5%) do jardim de infância com segurança, tanto ao nível de mobiliário como do material didático e outros, é uma preocupação geral. Nos jardins de infância públicos, o equipamento, nem sempre escolhido pelos utilizadores, por vezes, não obedece às normas de segurança mas, atentas, as educadoras previnem o risco retirando-o do contacto com as crianças.

Os *medicamentos* como categoria foram identificados em 50% dos pais. No entanto, nem todas as medidas adotadas por eles são consideradas adequadas. Apenas 15% dos pais referem tomar medidas adequadas, como guardar os medicamentos fechados à chave e, destes, 5%, ainda os guardas num local alto. Os restantes 35% dos pais, referem guardar os medicamentos em locais altos e inacessíveis. Mas serão efetivamente inacessíveis? Ou são considerados inacessíveis porque a criança não entra no local, não chega lá pela altura ou, simplesmente porque não estão em local visível? Nesta perspetiva, poderá ser um local inacessível aos 3 anos, mas sê-lo-á aos 5, quando escapa à vigilância e resolve explorar o desconhecido?

Na segurança rodoviária tanto no grupo dos pais como no das educadoras foram encontradas duas categorias, criança peão e passageiro. Na primeira categoria identificaram-se duas subcategorias, *medidas de segurança gerais* com frequência de unidades de registo muito semelhantes, 36% e 37% respetivamente e educação com frequências muito diferentes, 21,6% nos pais e 6,5% nas educadoras. Compreende-se esta diferença pelas vivências diferentes e pelo facto das educadoras saírem pouco com as crianças para a via pública, enquanto que nos pais é uma atividade habitual na preparação da criança para a socialização e autonomia.

Na categoria de *passageiro*, nos pais, predominam as *medidas de segurança gerais* (20%), enquanto nas educadoras essa categoria não foi registada. Embora à primeira vista pareça estranho, não o é na medida em que as unidades de registo referidas pelos pais nomeadamente em relação aos cuidados que têm com as portas e janelas das viaturas e à saída do carro pelo lado do passeio, no autocarro, meio de transporte utilizado nos jardins de infância, essas são práticas inerentes à própria estrutura dos veículos e não são preocupação dos utilizadores. Ainda nos pais, registou-se em segundo plano o *transporte adequado* (12,8%) das crianças e nas educadoras esta subcategoria nem se observou. Registou-se o *transporte inadequado* (13%) nas educadoras, porque nas crianças em idade pré-escolar, um transporte seguro implica a utilização dum sistema de retenção adequado

ao seu peso, e as condições de transporte registadas, foram as oferecidas pelo autocarro, uns já com cintos de segurança e outros ainda não, uma vez que à data do estudo ainda não tinha sido aprovada a lei do transporte coletivo de crianças. Nos pais, o *transporte inadequado* regista-se em viagens curtas, e em carros que não são da família ou em carros comerciais com pouca lotação, que não dispõem de espaço para os pais e para o dispositivo de retenção, originando o transporte da mesma ao colo, segurando-a apenas com o cinto de segurança da viatura. Apesar desta categoria corresponder apenas a 6,4% das unidades de registo, é observada em mais de um quarto dos pais da amostra, os quais estão a colocar os seus filhos em situações de risco de acidente grave que, tal como referem Cardoso e Menezes (1999a)⁴, a maioria ocorre perto de casa, a velocidades inferiores a 45Km/h, nas viagens do dia a dia, para a escola, casa de familiares, supermercados e centros comerciais, precisamente porque as medidas de segurança não tinham sido salvaguardadas. Registou-se ainda o *transporte automóvel inadequado* em transportes públicos, nas famílias que não dispoem de meio de transporte próprio, se sujeitaram às condições que aqueles ofereciam não dispoem de dispositivos de retenção adequados à idade nem ao peso, até porque a lei a tal não obrigava. Foram estas as condições que enfrentaram as educadoras quando transportaram as crianças para qualquer visita de estudo, daí que apostassem na *vigilância/educação*, uma vez que o transporte automóvel foi inadequado. As educadoras, conscientes dos riscos, tentam minimizá-los garantindo que todas as crianças viagem sentadas e apostam sobretudo na *educação/vigilância* (43,5%), que também se revelou uma preocupação dos pais (3,2%).

O lazer, no jardim de infância, parece que só existe quando as crianças vão para o exterior, ou lhes é permitido correr, as outras atividades parecem ser entendidas como trabalho. Assim se compreende o tipo de categorias e unidades de registo que se observaram.

Todas as educadoras, referem a *vigilância* como a categoria em que apostam para promoverem a segurança das crianças, pelo que essa categoria registou uma frequência de 50% das unidades de registo, e parece tentar evitar que o acidente ocorra quando outras formas de segurança falham.

Podem compreender-se as unidades de registo das categorias *vigilância* e *segurança dos espaços e equipamentos*, uma vez que as próprias educadoras são as primeiras a reconhecer que nem todas as normas de segurança estão presentes nos parques infantis/recintos exteriores. Esta é uma situação comum aos jardins de infância públicos e pertencentes a IPSSs. Os primeiros com responsabilidades de vistoria pelo IDP e os segundos pelas câmaras municipais. As situações estão perfeitamente identificadas como se regista no estudo divulgado pelo Instituto do Desporto de Portugal (Gonçalves, 2006)¹², mas o mesmo reconhece as dificuldades das autarquias em investir nesses espaços quando paira sobre eles a ameaça de encerramento em função das mudanças da política educativa. As câmaras municipais, não cumprindo em “território próprio”, não fazem fiscalização nos jardins de infância das IPSSs, ou porque não tem autoridade moral para o fazer ou porque as próprias IPSSs não solicitam a vistoria, por falta de informação, tal como reconhece o IDP, no mesmo documento.

Comparativamente à promoção da segurança infantil durante as atividades lúdicas, pelos pais e educadoras, observaram-se diferenças. As medidas de segurança gerais é a categoria com mais registos (45,8%), nos pais e a segunda nas educadoras (28,1%), observando-se preocupações sobretudo em relação à proteção solar e à proximidade da água, nos pais, e ainda relativamente à utilização dos espaços, nas educadoras.

A segurança dos espaços e dos brinquedos são duas categorias que registam elevadas frequências nos pais e, nas educadoras foram associadas com a denominação de segurança dos espaços e equipamentos, porque os jogos que em casa são brinquedos, no jardim de infância são material

didático. Nos pais, ainda se registou a categoria da proteção individual e que diz respeito à proteção ativa da criança em atividades de maior risco como sejam o andar de bicicleta, jogar futebol, andar na água, entre outras.

Os pais apostam na adoção de medidas de segurança gerais (45,8%), na segurança dos espaços (16,7%) e dos equipamentos (7,6%) lúdicos, dos próprios brinquedos (14,6%), na proteção individual (11,8%) da criança em atividades de maior risco e na educação (3,5%) da própria criança para que reconheça os perigos e os possa evitar. A grande diferença entre os pais e as educadoras é que estas, todas elas, referem a vigilância(50%) como uma das medidas promotoras da segurança durante as brincadeiras. Não é de estranhar, é o seu trabalho, a sua ocupação, estar com a criança, mesmo enquanto brinca, mas apontam a atividade lúdica como um dos momentos de reforço de vigilância quer por parte da educadora como das auxiliares que dão apoio.

O conjunto das medidas adotadas pelos pais e educadoras, são um bom exemplo de promoção da segurança infantil de acordo com qualquer manual de regras de segurança mas, a maioria dos entrevistados referem apenas algumas dessas medidas.

Os resultados deste primeiro estudo, relativos à promoção da segurança infantil, serviram de base para a construção do Inventário de Promoção da Segurança Infantil.

Quadro 1 – Grupos de medidas promotoras de segurança infantil adotadas pelos pais e educadoras de infância

Segurança	Pais	Educadoras
Doméstica	Medidas segurança gerais – 43,6% Tóxicos – 12,3% Educação – 12,3% Construção/estrutura – 10,8% Vigilância – 9,8% Mobília – 6,3% Medicamentos – 4,9%	Medidas segurança gerais – 47,5% Equipamento – 20,5% Educação – 15,9% Construção/estrutura – 13,1% Vigilância – 11,5% Tóxicos – 7,4%
Rodoviária	Peão Medidas segurança gerais – 36,0% Educação – 21,6% Passageiro Medidas segurança gerais – 20% Transporte aut. Adequado – 12,8% Transporte aut. Inadequado – 6,4% Educação/vigilância – 3,2%	Peão Medidas segurança gerais – 37,0% Educação – 6,5% Passageiro Transporte aut. Inadequado – 13% Educação/vigilância – 43,5%
Lazer	Medidas segurança gerais – 45,8% Segurança espaços – 16,7% Brinquedos – 14,6% Proteção individual – 11,8% Segurança equipamento – 7,6% Educação – 3,5%	Vigilância – 50% Segurança dos espaços e equipamentos – 28,1% Medidas segurança gerais – 21,9%

O segundo estudo foi efetuado com 475 pais de crianças que frequentavam 12 jardins de infância da Guarda e freguesias vizinhas, em 2005, o que correspondeu a uma taxa de resposta de 52%. Atendendo às maiores frequências, a amostra pode ser caracterizada por mães (81,3%), com idade entre os 30 e 40 anos (34,5%), casadas (92,5%), portuguesas (97,1%), naturais da Guarda (54,7%), com cultura europeia (98,4%) e no grupo profissional dos técnicos de nível intermédio (19,4%), pertencentes a famílias nucleares (90,3%), %, sendo que 41,5% tem um único filho, 52% tem dois filhos e 38,4% também tem filhos com idades inferiores a 3 anos, com um agregado familiar

constituído por 3 a 5 pessoas (88,9%) e com um nível socioeconómico Bom (45,9% na escala de Graffar).

Os pais têm informação sobre os acidentes (91,8%), proveniente sobretudo da comunicação social (55,5%), conhecem o número de telefone do Centro de Intoxicações (77,3%) mas só 33,2% o têm em local acessível. Pelos dados de maior frequência referentes à funcionalidade da família (quadro 2), pode verificar-se que em 57,1% *quase sempre* na família as normas/regras são bem definidas; em 60,3% *às vezes* há sobrecarga de trabalho; em 38,0% o tempo para as crianças é *quase sempre* suficiente mas em 33,5% isso só acontece *às vezes*; em 76,8% as relações são *sempre* afetivas; em 38,6% *raramente* há discussões entre os membros da família, embora em 34,6% *às vezes* ocorram discussões; em 87,6% os cuidados de higiene pessoal/espços são *sempre* adequados e em 80,6% a alimentação fornecida à família é *sempre* adequada em qualidade e quantidade.

Quadro 2 – Funcionalidade da família

Respostas Afirmações	Quase nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
	%	%	%	%	%
<i>As normas/regras são bem definidas</i>	0.8	0.2	21.7	57.1	20.2
<i>Há sobrecarga de trabalho</i>	4.9	10.3	60.3	17.3	7.2
<i>O tempo para as crianças é suficiente</i>	1.9	6.5	33.5	38.0	20.0
<i>As relações são afetivas</i>	0.0	0.0	3.8	19.4	76.8
<i>Há discussões entre os membros</i>	25.1	38.6	34.6	1.1	0.6
<i>A flexibilidade é uma preocupação</i>	2.3	4.6	27.6	41.7	23.8
<i>Os cuidados de higiene pessoal/espços são adequados</i>	0.0	0.0	0.4	12.0	87.6
<i>A alimentação fornecida é adequada em qualidade e quantidade</i>	0.2	0.0	1.7	17.5	80.6

O IPSI constituído inicialmente por 93 afirmações foi submetido a análise psicométrica e aplicando os critérios que a seguir se apresentam foram eliminados 33 itens, ficando o inventário final constituído por 60 afirmações. Os critérios aplicados foram: eliminar todos os itens com diferença estatisticamente significativa entre géneros, eliminar os itens que não possuem capacidade discriminante e eliminar os itens que não apresentam correlação positiva e significativa com o global do inventário. Os valores do coeficiente α de Cronbach, quer para a globalidade da escala (0,886), quer para a escala quando os itens são excluídos, um a um, são todos superiores a 0.70. Os resultados observados evidenciam que a escala apresenta uma boa consistência interna.

O IPSI com as afirmações apresentadas sob a forma de escala com 5 alternativas de resposta pontuadas de 1 a 5 apresentou em termos globais uma pontuação média de 4,15 pontos com desvio padrão de 0,38 pontos. 50% dos pais apresentou resultados iguais ou superiores a 4,17 pontos. Atendendo a estes resultados constata-se que os pais demonstraram que promovem a segurança dos filhos.

Testaram-se duas hipóteses: H1 – As características da família (idade dos pais e dos filhos, género dos pais e filhos, estado civil, nacionalidade, cultura dos pais, número de filhos, posição na fratria dos filhos em idade pré-escolar, nível socioeconómico e funcionalidade da família) predizem a atitude da família na promoção da segurança infantil. H2 – A experiência de vida (informação sobre acidentes, ocorrência de acidente em crianças da família e acontecimentos de vida) influencia a atitude da família na promoção da segurança infantil.

Para o teste de hipóteses procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de Pearson com a aplicação do respetivo teste de significância, à aplicação do teste t de Student e à análise da variância unifactorial. Os resultados obtidos confirmam que há relação ($p < 0.001$) entre a atitude da família na promoção da segurança infantil com o nível socioeconómico da família e com a funcionalidade da mesma. O facto do coeficiente de correlação apresentar valor negativo (-0.20) com a primeira variável e positivo (+0.37) com a segunda, leva a concluir que as famílias com menor nível socioeconómico e mais funcionais tendem a adotar mais frequentemente atitudes promotoras da segurança infantil.

Estes resultados são inesperados face ao que refere Deschamps (1991)¹¹, nomeadamente que o nível socioeconómico desfavorável propicia a ocorrência de acidentes pela precariedade do ambiente e condições de vida que rodeiam a criança. Deve salientar-se que 88,7% das famílias deste estudo apresentam níveis socioeconómicos igual ou superior a razoável e que só 11,3% das famílias apresentaram nível socioeconómico baixo ou muito baixo; as condições habitacionais das famílias foram todas iguais ou superiores a casa ou andar modesto bem construído e em bom estado de conservação, bem iluminado e arejado, com cozinha e casa de banho. As condições socioeconómicas de 98,1% destas famílias permitem-lhes, quase sempre ou sempre, satisfazer as necessidades biológicas de alimentação em quantidade e qualidade e em 99,6%, assegurar, quase sempre ou sempre, a higiene pessoal e dos espaços de forma adequada.

Neste estudo, o menor nível socioeconómico está relacionado com a falta de rendimentos pela situação de desemprego; assim, nestas famílias poderá haver mais tempo dos pais para cuidarem dos filhos, mais afetividade, flexibilidade e conseqüentemente mais funcionalidade familiar, que é a outra variável que neste estudo favorece a promoção da segurança infantil. Neste contexto, parece que as famílias com menor nível socioeconómico não vivem em condições realmente desfavoráveis e propiciadoras do acidente e simultaneamente estão conscientes do risco de acidente dos seus filhos o que lhes permite adotarem atitudes promotoras da segurança, para o minimizarem.

Não se confirmou que a experiência de vida (informação sobre acidentes, ocorrência de acidente em crianças da família e os acontecimentos de vida marcantes) influencia a atitude da família na promoção da segurança infantil. Estes resultados, embora inesperados face a outros estudos, compreendem-se pela reduzida frequência observada em acidentes com crianças da família assim como com os acontecimentos de vida marcantes referidos.

4. CONCLUSÃO

Tratando-se de dois estudos distintos embora complementares, apresentam-se de forma sequencial as conclusões do primeiro e do segundo estudo.

No primeiro estudo:

Relativamente à promoção da segurança infantil doméstica, pode concluir-se que, tanto os pais como as educadoras têm essa preocupação e fazem-no de formas semelhantes. As categorias identificadas nos dois grupos da amostra são, de uma forma geral, as mesmas, diferindo na designação de mobília no domicílio e equipamento no jardim de infância, porque neste, para além do mobiliário, se incluiu o material didático utilizado. Também não foi identificada a categoria dos medicamentos, nas educadoras, uma vez que nos jardins de infância existem em pequena quantidade ou, mesmo pela sua localização (fora da área de acesso às crianças), não foi valorizada pelas educadoras.

Tanto nos pais como nas educadoras, as medidas de segurança gerais são as que apresentam maior frequência e, pela sua natureza, visam prevenir os acidentes mais frequentes.

Relativamente à promoção da segurança rodoviária, tanto nos pais como nas educadoras estabeleceram-se as categorias de peão e passageiro. Na categoria de peão foram encontradas as mesmas subcategorias: medidas de segurança gerais e educação. Ambos os grupos dão bons exemplos de promoção da segurança à criança peão. Na categoria de passageiro foram encontradas mais subcategorias nos pais que nas educadoras. Ambos os grupos referem adotar medidas inadequadas no transporte automóvel das crianças, expondo-as ao risco de acidente.

A promoção da segurança infantil no lazer, nos pais e nas educadoras, difere no número de categorias identificadas, tendo-se registado mais nos pais que nas educadoras. Mas o que sobressai mais, foi na totalidade das educadoras registar-se a categoria da vigilância o que corresponde a 50% das unidades de registo e nos pais não se registar essa categoria. Isto, não significa que os pais não vigiem as brincadeiras dos filhos porque há unidades de registo que referem a presença dos pais no apoio às atividades lúdicas, não existe é o registo desta medida promotora de segurança, assim como fizeram na promoção da segurança doméstica e rodoviária, embora as crianças possam brincar tanto em casa como na rua.

Será que é aqui, na atividade lúdica, que se descarta a vigilância e esta poderá ser causa de acidentes de lazer, rodoviário ou mesmo doméstico, em função do local onde possa ocorrer?

Pelos registos observados concluiu-se que os pais se preocupam em tornar as atividades lúdicas dos filhos seguras, quer em termos de espaço, como de equipamento e brinquedos e ainda em reduzir a probabilidade de traumatismo em atividades de maior risco. Com todas as medidas que adotam, pensarão que as crianças estão seguros, de tal forma que não referem a vigilância como medida instituída.

As educadoras referem sobretudo a vigilância, aparentemente por ser uma medida ativa que, de certa forma, permite reduzir os riscos da falta de segurança sobretudo nos recintos dos jardins de infância e, valorizam menos a segurança dos espaços e equipamentos, aparentemente porque ao encontrarem os jardins de infância equipados de forma segura não têm essa preocupação.

No segundo estudo, pode concluir-se que:

A maioria dos pais tem informação sobre a ocorrência de acidentes com crianças e a forma dos prevenir.

As fontes de informação são muitas e variadas mas a fonte mais frequente é a comunicação social, seguida da literatura específica, diferentes profissionais de saúde e a formação profissional de alguns pais. Foi surpreendente observar que os enfermeiros enquanto fonte de informação sobre prevenção de acidentes correspondem apenas a 16%, uma vez que na sua área de atuação, nomeadamente na vigilância de saúde infantil, a prevenção de acidentes é um foco de atenção e uma atividade independente que tem vindo a ser valorizada na formação dos enfermeiros.

77,3% dos pais sabem que existe um número de telefone para onde podem ligar em caso de intoxicação, mas só 35,2% tem esse número em local acessível o que revela que aproximadamente metade dos pais que têm esse conhecimento parece demonstrar que os seus filhos não estão suscetíveis ao risco de sofrerem esse tipo de acidente. Os resultados demonstram que conhecimentos relacionados com os acidentes infantis e as práticas na promoção da segurança não estão ao mesmo nível.

As características da família, nomeadamente o nível socioeconómico e a funcionalidade da família predizem a atitude da família na promoção da segurança infantil das crianças em idade pré-escolar.

As famílias com menor nível socioeconómico e mais funcionais tendem a adotar com maior frequência atitudes promotoras da segurança infantil.

Neste estudo a atitude da família na promoção da segurança infantil das crianças em idade pré-escolar não está relacionada com a idade e género do progenitor, com o número de crianças do agregado familiar, com o número de fontes de informação nem com a posição na fratria das crianças em idade pré-escolar.

Os resultados do primeiro estudo já tinham revelado que os pais não demonstravam adotar medidas de vigilância das crianças durante as atividades lúdicas, no segundo estudo, 20% dos acidentes ocorridos com crianças da família, foram atribuídos a falta de vigilância e, embora não se possa afirmar por que tipo de acidentes foi responsável, representa 1/5 de todos os acidentes. Apesar destes dados, não se estabeleceu qualquer relação significativa entre a experiência de vida, nomeadamente a informação sobre acidentes, ocorrência de acidente em crianças da família e os acontecimentos de vida marcantes, e a atitude da família na promoção da segurança infantil.

Os pais promovem a segurança dos seus filhos de forma efetiva mas ainda não o fazem a 100%. No segundo estudo identificou-se 17% de suscetibilidade de ocorrência de acidentes domésticos, rodoviários ou de lazer.

Se pensarmos que os 17% de possibilidade de ocorrência de acidente podem ser evitáveis ou prevenidos, tomamos consciência do grande e árduo trabalho que temos pela frente. Este não pode ser o trabalho apenas de um, mas de todos os intervenientes e em muitas frentes. É necessário consciencializar os responsáveis pela conceção de projetos urbanos, rodoviários, parques infantis, arquitetura das habitações, mobiliário e equipamentos, não apenas do uso exclusivo das crianças, para que o ambiente que a rodeia, em cada momento, seja o mais seguro possível. É importante continuar a apostar na evolução da segurança dos objetos de utilização pessoal das crianças, desenvolver políticas de desenvolvimento socioeconómico da população e de socialização das crianças para que todas possam estar abrangidas por redes de jardins de infância. Torna-se urgente implementar medidas efetivas de vigilância do cumprimento das normas de segurança, sobretudo em locais de utilização coletiva e formar os profissionais que cuidam delas em todos os contextos para que possam promover a segurança infantil e possam atuar quando ela, por motivos de azar, falha. Neste sentido, no curriculum escolar dos educadores de infância deve constar a promoção da segurança infantil nos diferentes grupos etários e a atuação adequada em situações de acidente, de acordo com os diferentes tipos de traumatismos que possam ocorrer e ainda formação que lhes permita enfrentarem situações difíceis como a abordagem dos pais das crianças vítimas de acidente sob a sua responsabilidade. Para aqueles que não tiveram essa formação ou que já está distante, os cursos de formação e atualização profissional com a vertente da psicologia, promoção da segurança infantil e primeiros socorros são uma boa alternativa, na qual os Institutos Politécnicos ou outras instituições idóneas de formação podem investir. Nesta área, cursos de curta duração abertos a toda a comunidade, porque quem tem a responsabilidade de cuidar duma criança precisa de refletir nas situações de risco, poderiam dar um grande contributo em prole da segurança infantil.

O enfermeiro, profissional que cuida de crianças e lida de forma próxima com a família, pode desenvolver a promoção da segurança infantil de forma sistemática em cada dia e em cada contexto de contacto com a criança, família e comunidade. Neste sentido, recomenda-se que em cada Centro de Saúde, de forma sistemática, se convoquem todas as crianças anualmente, no mês do nascimento, para que a respetiva consulta de vigilância de saúde seja cumprida e se invista de forma consistente na promoção da segurança infantil em todas as áreas, com especial relevo para a

prevenção dos acidentes a que a criança está sujeita, em função da idade e das suas atividades de vida diária.

A literatura refere que aproximadamente 1/3 dos acidentes são preveníveis; na amostra deste estudo, o risco de acidente prevenível está reduzido para 1/5. Estes resultados serão o fruto de todo o trabalho e investimento que se tem vindo a desenvolver nesta área, ao longo das últimas décadas, pois sabe-se que a mudança de atitudes não se faz de um dia para o outro, levando muito tempo a evidenciar-se.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Avery, J. G. (1995). Accident prevention: injury control/injury prevention, or whatever. *Injury prevention*, 1, 10-11.
- (2) Petridou et al (1995). School injuries in Athens: socioeconomic and family risk factors. *Epidemiol communit Health*, 6, 490-491.
- (3) Comissão Nacional de Saúde Infantil (CNSI) (1993) Relatório. Lisboa: Ministério da Saúde.
- (4) Cordeiro, M.& Menezes, H. C. (1999a) ABC da segurança na estrada. (Vol. III). Lisboa: APSI.
- (5) APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2004.) consultada em Agosto de 2004, em <http://www.apsi.org.pt/seguranca>,
- (6) BodinauX, F. (1998). Prevenção dos acidentes domésticos, para prevenção no jardim escola. Bruxelas: Pensar Segurança.
- (7) Wortel, E. & Geus, G. H.(1993) Prevention of home related injuries of pre-school children: safety measure taken by mothers. *Health Ed. Research*, 8 (2), 217-231.
- (8) Natário, E. (1998) Educação para a saúde de crianças em idade pré-escolar – expectativas de pais e educadores de infância. *Revista portuguesa de Saúde Pública*, 16 (3), 33-44.
- (9) Stanhope, M. (1999) Teorias e desenvolvimento familiar. In: STANHOPE, M. & LANCASTER, J. *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (4ª edição). Lisboa: Lusociência, 451-517.
- (10) Feige, E. B. & Augusto, M. (1985). Escola maternal. In: Augusto, M. (1985). *Comunidade infantil:- creche*. (2ª edição). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- (11) Deschamps, J. P. (1991). Facteurs psychosociaux et culturels. In: Felix, M. & TURSZ, A.(1991) *Les accidents domestiques : un problème major de santé publique*. Paris: Syros Alternatives, 109-118.
- (12) Gonçalves, E. (2006). Parques infantis ainda preocupam. “Terras da Beira”, 14 (676), 5.

SAÚDE E AMBIENTE

EDUCAÇÃO AMBIENTAL: AS ATITUDES DOS JOVENS FACE AO AMBIENTE

ENVIRONMENTAL EDUCATION: YOUTH ATTITUDES TOWARDS THE ENVIRONMENT

Elsa Loureiro ¹; Carlos Albuquerque ²; Afonso Amarural ³;

¹ Escola Secundária de Nelas/ elsamalr1@sapo.pt

² Escola Superior de Saúde de Viseu / cmalbuquerque@gmail.com

³ Universidade Pontifícia de Salamanca / amarural@upsa.es

RESUMO

Perante a crise ambiental atual, pretendemos com este artigo alertar consciências para a necessidade de nos preocuparmos com a educação ambiental, enquanto elemento estruturante e de necessidade extrema para um futuro sustentado em vários domínios essenciais à vida humana. Neste pressuposto, iremos *contextualizar um projecto de investigação* centrado no estudo das atitudes dos jovens face ao ambiente, que nos permita vir a fundamentar evidências científicas que possam, elas próprias, contribuir para o desenvolvimento de uma educação ambiental com vista à construção de uma cidadania ativa e corresponsabilizadora. Socorrendo-nos de resultados muito preliminares já obtidos da investigação que ainda decorre, contextualizaremos fundamentalmente as atitudes dos jovens face ao ambiente, tendo por referência os dados obtidos numa amostra de 500 jovens que frequentam o sétimo, oitavo e nonos anos de escolaridade em 3 escolas do distrito de Viseu, duas inseridas em meio rural e uma em meio urbano. Trata-se de um estudo de caso no qual a metodologia utilizada é de natureza quantitativa, cujo objectivo central será conhecer as atitudes dos jovens face ao ambiente. Saliente-se que este estudo está inserido num projecto de âmbito europeu.

Palavras-chave: Educação Ambiental, Atitudes.

ABSTRACT

Given the current environmental crisis, we intend this article to alert awareness of the need to worry about environmental education, while structuring element and the extreme need for a sustainable future in several key areas of human life. In this assumption, we contextualize a research project centered on the study of the attitudes of young people towards the environment, which allows us to see scientific evidence to substantiate that may themselves contribute to the development of environmental education for the construction of a citizenship active and corresponsabilizadora. Bailing us very preliminary results already obtained from the investigation that is still ongoing, contextualizaremos mainly young people's attitudes towards the environment, with reference data obtained from a sample of 500 young people attending the seventh, eighth and ninth years of schooling in 3 schools the district of Viseu, inserted in two rural and one urban. This is a case study in which the methodology is quantitative in nature, whose main objective will be to

know young people's attitudes towards the environment. It should be noted that this study is inserido a draft European framework.

Keywords: Environmental Education, Attitudes.

1. INTRODUÇÃO

Considera-se que a educação ambiental, ao nível da instituição escolar, poderá desempenhar um papel significativo como fonte de influência nos jovens e por conseguinte na sociedade global. Segundo Leff (2002), a crise ambiental passou a ser representada como uma crise do pensamento, da ética e das práticas humanas na modernidade, o que subentende que a mesma não seja meramente ecológica mas sim uma problemática de ação planetária que é social, cultural, biológica, económica, política, ética e educativa. Na perspetiva de Jacobi (2001), os problemas sócio - ambientais, são provenientes de um modelo de desenvolvimento que é tanto desigual para os homens quanto nocivo para os sistemas naturais. Este pressuposto sugere que, mais do que respostas técnicas e científicas, a problemática sócio - ambiental exige mudanças de atitude, valorativas e comportamentais em relação à natureza.

O ambiente parece preocupar cada vez mais as pessoas, mas as atitudes e comportamentos são por vezes estranhos; os cidadãos querem mais acção de protecção mas são passivos na participação da defesa do ambiente (Almeida, 2001). No sentido de mudar esta postura, torna-se pertinente, conhecer as atitudes dos jovens face ao ambiente, a fim de implementar estratégias ao nível escolar norteadas para a acção e desenvolvimento de uma cidadania activa.

Já em 1970 foi publicado o relatório sobre *os limites do desenvolvimento*, pelo Clube de Roma, que alertava para a debilidade do planeta e a finitude dos recursos naturais em função das tensões do crescimento exponencial da população e da economia (Foladori, 2001). O documento sustentava que a manutenção dos estilos de vida, das tendências do desenvolvimento económico, do crescimento populacional, dos ritmos de poluição e do esgotamento dos recursos levaria a sociedade a ultrapassar em poucos anos o limite do suportável.

A evidência do carácter finito dos recursos naturais, a emergência dos riscos ambientais e o reconhecimento de que a crise ambiental necessita de medidas e transformações profundas, desencadeou processos locais e mundiais de cooperação no sentido do desenvolvimento de estratégias de acção e de novos parâmetros para reorientar a relação dos homens com a natureza. Mobilizações no âmbito académico e escolar, no domínio da política e dos movimentos sociais, fizeram realçar a urgência de mudanças dos comportamentos humanos nas suas diferentes esferas (Leis, 1998).

A esse respeito, o ex - Vice-Presidente dos Estados Unidos, Al Gore (1993), faz um paralelo entre a nossa civilização e uma família disfuncional, ao enfrentar as regras tradicionais que governam as suas vidas, referindo que a nossa civilização tem de mudar – de forma a evitar que destruamos a Terra. Depreende-se que a nossa civilização, principalmente, os modos de vida das sociedades dominantes estão a disseminar-se por todo o planeta e irão tirar-nos a visão do futuro. Isto é, a crise ambiental tem origem no padrão disfuncional do relacionamento da nossa civilização com o mundo natural.

Segundo Leff (2002), a crise ambiental passou a ser representada como uma crise do pensamento, da ética e das práticas humanas na modernidade, o que subentende que a mesma não seja meramente ecológica mas sim uma problemática de acção planetária que é social, cultural,

biológica, económica, política, ética e educativa. Na perspectiva de Jacobi, (2001), os problemas sócio - ambientais, são provenientes de um modelo de desenvolvimento que é tanto desigual para os homens quanto nocivo para os sistemas naturais. Este pressuposto sugere que, mais do que respostas técnicas e científicas, a problemática sócio - ambiental exige mudanças de atitude, valorativas e comportamentais em relação à natureza.

Perante este contexto entendemos que é urgente a necessidade de uma Educação voltada para as questões sócio - ambientais. A consolidação de novas atitudes, comportamentos e a averiguação de valores depende essencialmente do processo educativo, daí a nossa preocupação em conhecer as atitudes dos jovens face ao ambiente, de forma a incrementar uma Educação Ambiental (EA), crítica que reflecta sobre esta civilização contribuindo para uma cidadania activa. É através da EA que iremos estimular mudanças de atitudes e comportamentos, opinião que é consubstanciada por Silva (2000,p.87) quando argumenta que a *“EA proporciona aos indivíduos a construção e reconstrução de conhecimento, promovendo a compreensão desses através da sensibilização, levando-os então a sentir-se parte integrante do ambiente e a mudar percepções, atitudes e comportamentos que ameaçam a relação Ser Humano/ Ser Humano, Ser Humano/ Meio Ambiente, adquirindo habilidades e competências para tratar as questões ambientais, tornando-se capazes de participar activamente da sua própria história, permitindo assim, a possibilidade de continuidade de vida digna no planeta Terra.”*

É através da EA que pretendemos despertar nos jovens uma consciência crítica e comunitária sobre o ambiente. Ao efectuarmos o estudo, sobre as atitudes dos jovens face ao ambiente iremos ter acesso a informações pertinentes, de modo a implementar uma EA que contribua para a construção de uma consciência activa, bem como de uma cidadania participada relativa ao ambiente. É importante que através da EA se comece a incutir nos jovens uma visão da problemática ambiental actual, para que estes possam reflectir, e começar por alterar atitudes menos correctas face ao ambiente.

Actualmente a problemática ambiental faz-se sentir ao nível mundial, as questões sobre o ambiente são cada vez mais notícias de destaque na comunicação social. Realça-se assim a divulgação feita pela Agência Internacional de Energia (AIE) em 6 de Abril de 2001, uma declaração sobre a situação e as perspectivas da energia no mundo, na qual considera insustentável a projecção das tendências actuais, que apontam para o aumento de 57% da procura até 2020. A AIE considera necessário mudar a estrutura do sector energético e o comportamento das sociedades e economias. É preciso descarbonizar e diversificar a oferta de energia e reduzir a intensidade energética do crescimento económico a nível global. O crescimento do consumo de energia de 57% até 2020, resultaria no aumento concomitante das emissões de dióxido de carbono em 60%, para além de outras, como dióxido de enxofre, que é um dos responsáveis das chuvas ácidas. São situações como estas que não podem continuar a suceder, para tal é necessária a cooperação internacional, medida considerada urgente por Chevalier (2001, p.98), a par do mercado dos direitos de poluição e de medidas fiscais, refere que, *“o mercado não desencoraja o consumo excessivo. São precisas taxas suplementares. É que, as energias poluentes não pagam os custos sociais que geram e as alternativas não se desenvolvem porque não têm estas externalizações.”* Chevalier entende que estaríamos muito bem se dentro de 15 anos as energias alternativas pesassem 15% do consumo energético.

Mas para haver resultados há que mudar mentalidades e ultrapassar jogos políticos dos burocratas em particular e das pessoas em geral. Pois os problemas ambientais agudizam-se e sucedem-se as injustiças sociais, no entanto, nas sociedades contemporâneas e, particularmente em Portugal, verifica-se uma certa apatia, falta de informação e envolvimento cívico. Cabe ao colectivo humano e

a cada um de nós a tarefa de agir de forma a satisfazer melhor a vida pública local e nacional. Compete também à escola agir, de forma a implementar uma EA através de um conhecimento integrado, *“dando a conhecer a forma de estabelecer um mutualismo entre os factores do ambiente e o Homem”* (Guerreiro, 83). A prática ambiental impele um quadro amplo de acções que incluem não só o conhecimento, a tomada de consciência, as capacidades, mas também as atitudes, a participação activa e o envolvimento na sociedade.

Associa-se, assim, a EA a uma acção de cidadania ambiental, visando uma maior participação dos indivíduos no seu ambiente. Neste âmbito, a Convenção de Aarhus sobre o acesso à informação, participação pública na tomada de decisões e acesso à Justiça no domínio do ambiente (1998), ratificada por 39 Estados Membros, incluindo Portugal, abre caminho para um maior envolvimento dos cidadãos e Organizações não Governamentais de Ambiente (ONGA), dando um suporte legal às novas dinâmicas cívicas.

No entanto, em Portugal o hábito de cidadania e a mobilização civil para questões ambientais é ainda residual. Mesmo ao nível escolar a EA continua a ser relativizada na prática face aos currículos disciplinares cada vez mais amplos, e visando sobretudo a aprendizagem dos conhecimentos. Falta espaço para o estabelecimento de uma dimensão reflexiva e crítica consciente e influente. Na óptica de Almeida (2005), a EA nas escolas continua a ser encarada, na prática, como um assunto marginal e estremado, apesar de, na legislação educativa haver recomendações para a sua implementação, bem como, o aumento significativo de acções e projectos promovidos pelas organizações não governamentais (ONG's).

A pedagogia de projecto, aplicada à EA através de aproximações transdisciplinares, permite aos alunos exercerem o seu espírito crítico, criatividade e capacidade de organização. Favorecendo a participação activa e o envolvimento afectivo dos alunos, os projectos criam situações de aprendizagem pessoais e a sociabilização. No nosso país, tem-se verificado algum apoio financeiro e pedagógico para o desenvolvimento de actividades e projectos na área da EA. Ao nível escolar são conhecidos os seguintes projectos: “Ciência Viva” do Ministério da Ciência, “Inovar Educando e Educar Inovando” do Instituto da Inovação Educacional (IIE), os Projectos Escolares de EA financiados pelo Ministério do Ambiente, bem como projectos dinamizados pelas ONGA's e Municípios. Os projectos desenvolvidos nas escolas favorecem o desenvolvimento de qualidades dinâmicas, como a iniciativa, a autonomia, a responsabilidade e criatividade com base nas experiências dos alunos, os projectos permitem ultrapassar as fronteiras da escola, estabelecendo parcerias diversificadas possibilitando o apoio para a melhor compreensão do ambiente por parte dos alunos. Assim os projectos de EA, sendo centrados nos alunos, partem das suas representações do ambiente.

A investigação das atitudes dos jovens sobre o ambiente é proeminente, pois permite uma melhor compreensão dos seus referenciais éticos de ambiente, da sua apreensão da realidade contextual de vivência dos seus quadros sócio-culturais e das suas convicções ambientais. Neste pressuposto, diríamos que é também urgente esta tomada de consciência por parte dos professores face aos seus educandos pois urge tornar o sistema educativo encorajador da acção de cidadania ambiental.

Em suma, a escola e por conseguinte a Educação Ambiental devem dotar os jovens com capacidade para avaliar, escolher e decidir, pois é necessário formar cidadãos com capacidade de transformar e de agir eticamente face ao seu local de vivência, na perspectiva de que cada ser humano seja reconstrutor deste Planeta, onde todas as espécies tenham o seu espaço e desenvolvimento de forma mais digna possível.

Torna-se assim pertinente, conhecer as atitudes dos jovens face ao ambiente, a fim de implementar estratégias ao nível escolar norteadas para a ação e desenvolvimento de uma cidadania ativa. Neste contexto, pretendemos com este estudo obter resposta para a seguinte questão “Em que medida as variáveis psicológicas e de contexto familiar/escolar estão associadas com as atitudes dos jovens adolescentes face ao ambiente?”

Este estudo terá como principais objetivos; analisar o modo como determinadas variáveis psicológicas e de contexto familiar/escolar (efeitos principais) se dizem preditoras nas atitudes dos jovens adolescentes sobre o ambiente, bem como, analisar as relações existentes entre as variáveis psicológicas e de contexto familiar/escolar (efeitos de interação) na predição das atitudes dos jovens adolescentes sobre o ambiente e ainda, conhecer as diferenças entre os grupos suscetíveis de se formar com a população do estudo.

Com esta investigação pretendemos, em última instância, contribuir para fomentar nos jovens atitudes positivas face ao ambiente, através da implementação de programas ao nível escolar, motivando-os a desenvolver ações locais individuais que terão certamente repercussões ao nível mundial, visando a promoção de cidadãos ambientalmente responsáveis.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para o nosso estudo recorreremos à amostragem agrupada, pois escolhemos um grupo integral de indivíduos, no seio da população. Tal como refere Carmo e Ferreira (1998.p.91) a seleção da amostra deve ser feita de forma, a que esta seja “representativa do conjunto da população que se pretende estudar”. Assim, a seleção da amostra seguiu o método de amostragem probabilístico por agrupamento (os sujeitos da população constituem grupos naturais: escolas ou turmas). Foram selecionadas aleatoriamente, três escolas, do distrito de Viseu, uma inserida no meio rural e duas no meio urbano, são elas as escolas sede de Agrupamento; Grão Vasco, Infante Dom Henrique em Viseu e a Secundária de Nelas, sendo qnue duas destas escolas estão a desenvolver projetos de EA nomeadamente (a escola sede do agrupamento de escolas Grão Vasco e a escola Infante Dom Henrique em Viseu). As turmas avaliadas, do 7º, 8º e 9º anos de escolaridade, apesar de terem sido selecionadas ao acaso, são anos letivos que representam a classe de adolescentes por nós pretendida. Apenas estabelecemos, como única condição a não inclusão nas turmas de alunos com necessidades educativas especiais. Após esta seleção obtivemos como amostra aleatória 500 alunos. É de salientar que em todas as escolas que integrarão este estudo, foi aplicada a mesma metodologia para a recolha de dados. Em concreto, após pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados, e numa perspetiva de rigor metodológico, foram tidas em consideração determinadas normas e cuidados específicos, concretamente: os instrumentos foram administrados pela autora do presente trabalho, leu-se uma contextualização do estudo, logo no início, apresentando o objetivo principal da investigação e informaram-se os adolescentes de que era garantida a confidencialidade dos resultados.

Atendendo à perspetiva fenomenológica em que se insere o trabalho, e às considerações apresentadas aquando da revisão teórica relativa à avaliação das variáveis presentes neste estudo, optamos pelo método da autoresposta, com recursos a escalas já traduzidas e aferidas para a população portuguesa. No âmbito da investigação também se está a elaborar e a afairir uma escala com a objectivo de permitir mensurar o desempenho da escola na EA.

Das escalas utilizadas destacamos: o Índice de Graffar, que permite proceder à classificação dos jovens adolescentes quanto à classe sócio - económica familiar; a Escala de APGAR Familiar, para a

avaliação da funcionalidade familiar; a Escala de atitudes dos Jovens Face ao Ambiente (EAJFA). Pela necessidade de se analisarem as atitudes dos jovens face a aspetos com especificidade mais local foram igualmente utilizados outros indicadores como a adesão à reciclagem dos resíduos sólidos domésticos (Escala dos Resíduos Sólidos - RSO), a crença na água como recurso inesgotável (Escala de Crenças e/ou Atitudes da água - AGU), e o desempenho da escola ao nível ambiental (Escala do Desempenho da Escola na EA). Uma das variáveis que também irá integrar a operacionalização do estudo diz respeito ao auto – conceito, cuja avaliação será processada pelo Piers – Harris Children`s Self – Concept Scale (PHSCS).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resultados preliminares

No âmbito no presente artigo apenas iremos fazer referências a alguns resultados preliminares, em virtude da investigação, na presente data, ainda estar a decorrer. Assim, no contexto da caracterização sociodemográfica, os resultados obtidos permitem constatar que a amostra inquirida é maioritariamente constituída por adolescentes do sexo feminino (50,60%), com uma idade mínima de 12 anos e um máximo de 16 anos, a que lhe corresponde uma idade média atual de 13.38 anos, um desvio padrão de 1.013 anos e um coeficiente de variação de 7.57%, que nos indica a existência de uma fraca dispersão em torno da média.

Analizando as estatísticas relativas à idade em função do sexo, verificamos que a média de idades para o sexo masculino ($\bar{x}=13.39$) é ligeiramente superior à do sexo feminino ($\bar{x}=13.37$), apresentando ambos uma dispersão fraca ($0\% < CV \leq 15\%$). Verificamos que, 287 alunos residem em meio urbano e 213 em meio rural. A maioria dos alunos encontram-se a frequentar o 7º ano de escolaridade (37,8%), dos quais 96 são do sexo feminino. No 8º ano encontram-se 34,8%, dos quais 88 são do sexo masculino e no 9º ano 27,4% sendo 71 do sexo feminino. Dos indivíduos da nossa amostra 45,0% pertence à Classe Sócio – Económica III (Classe Média).

No que respeita à funcionalidade familiar podemos observar que, a maioria (n=353), são oriundos de famílias altamente funcionais e apenas 25 de famílias disfuncionais. A posição na fratria é evidenciada, essencialmente por irmãos (ãs) mais novos (as) (36,2%).

No que concerne aos resultados subjacentes às atitudes face ao ambiente, salientamos que as mesmas foram mensuradas com recurso a uma escala multidimensional a qual incorpora quatro factores específicos: F1 – ações de proteção ambiental; F2 – prevenção de sofrimento dos animais; F3 – normas de proteção ambiental e F4 – preocupação geral com o ambiente.

Podemos constatar através da análise da tabela 1 que, os elementos da nossa amostra manifestam essencialmente ações de proteção ambiental (fator 1), nomeadamente os de género feminino, que variam entre o mínimo de 12 e o máximo de 55, correspondendo-lhe uma média de 40.98, um desvio padrão 6.39 e um coeficiente de variação de 15.59%, que nos indica uma dispersão moderada em torno da média.

Observa-se ainda um maior número de elementos da amostra, com uma preocupação geral com o ambiente (fator 4), varia entre o mínimo de 7 e o máximo de 35, sendo que é também no género feminino que a média é mais expressiva, concretamente: 28.45, com um desvio padrão 4.219 e um coeficiente de variação de 14.82%, que nos indica uma dispersão fraca em torno da média.

Tabela 1: Caracterização das Atitudes Face ao Ambiente

		<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	$\bar{X}$	<i>Dp</i>	<i>Sk/ Std. Error</i>	<i>K /Std. Error</i>	<i>CV (%)</i>
Fator 1	Masculino	247	14	55	39.47	7.42	-2.38	0.449	18.78
	Feminino	253	12	55	40.98	6.39	-6.535	3.534	15.59
Fator 2	Masculino	247	11	30	21.64	3.727	-0.954	-0.935	17.22
	Feminino	253	12	29	22.36	3.397	-2.0	-0.459	15.19
Fator 3	Masculino	247	5	25	17.00	3.945	-2.941	0.640	23.20
	Feminino	253	6	25	18.29	3.954	-2.516	-1.00	21.61
Fator 4	Masculino	247	7	35	27.20	4.523	-3.987	3.488	16.63
	Feminino	253	7	35	28.45	4.219	-7.039	9.544	14.82
Atitude total	Masculino	247	54	141	105.32	15.09	-1.541	0.644	14.32
	Feminino	253	58	141	110.08	13.93	-2.209	-0.639	12.65

Neste estudo, que uma vez mais salientamos ser de âmbito preliminar, procuramos estimar as atitudes dos indivíduos da nossa amostra face aos resíduos sólidos, através de um conjunto de 4 itens. Pela sua análise podemos verificar que a maior taxa percentual 54.6% dos elementos da nossa amostra, concordam totalmente com a afirmação correspondente ao item 4; “Se houvesse mais ecopontos junto às residências havia maior aderência à reciclagem”. Também 53.2% concordam com o item 3 “Se houvesse informação mais detalhada sobre os produtos recicláveis havia maior aderência ao programa de reciclagem”. Podemos concluir que os indivíduos da nossa amostra, atribuem atitude de não separação de resíduos sólidos à falta de ecopontos e de informação.

As atitudes face à água foram também avaliadas por 4 itens relacionados ora com a escassez de água, ora com a capacidade humana de solucionar eventuais problemas de falta de água e pela responsabilização individual em relação à sua conservação. Assim, constatamos que os indivíduos da nossa amostra (48.0%) concordam essencialmente com o item 1 “A água potável é um recurso que pode acabar no próximo século”. No entanto verifica-se também uma grande percentagem de concordância (46.8%), com o item 4 “A conservação da água passa pelo seu uso racional só quando necessário”. Parece haver um contra censo, ou uma manifestação de egoísmo pois a conservação da água passa pelo seu uso racional sempre.

Observamos também que, no que respeita à opinião sobre “*de que depende a resolução dos problemas ambientais*”, constatamos (cf. Quadro 1) que 378 indivíduos da nossa amostra referem, que a resolução dos problemas ambientais dependem da mudança de comportamento e atitude de cada um de nós, sendo que, 82.2% são do sexo feminino.

Quadro 1: Caracterização de informação complementar: opinião sobre a resolução dos problemas ambientais no mundo

	<i>Masculino</i> (<i>n</i> =247 - %49,4)		<i>Feminino</i> (<i>n</i> =253- %=50,6)		<i>Total</i> (<i>n</i> =500)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>De que depende a resolução de problemas ambientais</i>						
<i>Avanços do progresso</i>	31	12.6	13	5.1	44	8.8
<i>Mudança de comportamento e atitude de cada um de nós</i>	170	68.8	208	82.2	378	75.6
<i>Implementação de leis estatais rigorosas na defesa do ambiente</i>	46	18.6	32	12.6	78	15.6

Confrontados com “*aquilo que gostariam de ajudar a resolver na região onde moram*”, a maioria dos indivíduos, 47.2% dizem que gostariam de ajudar a manter as ruas limpas. No entanto 27.8% dos indivíduos gostariam de ajudar a colocar ecopontos em todos os bairros. Realçando a necessidade de haver ecopontos mais próximos das residências para que as pessoas adiram mais à separação dos resíduos.

Os resultados da **escala do auto – conceito** mostram – nos que, o valor médio global obtido na amostra do presente estudo foi de 43,36, para o género masculino e de 42.82 para o género feminino, que corresponde a um valor relativamente baixo, o que pode dever-se à progressiva diferenciação do auto - conceito com a idade, operando-se segundo Fontaine, (1991) até ao 9º ano de escolaridade, ou até ao fim da adolescência. A diminuição do auto – conceito com a idade surge também referida por vários estudos (Fontaine, 1991; Veiga, 1996)

4. CONCLUSÃO

Estes resultados, vêm de alguma forma ao encontro do que é expresso pelos fundamentos teóricos. Especificamente, constatamos que a literacia ambiental (embora sendo uma noção plural) deverá ser o objeto da EA e isso pressupõe que os currícula, as ações e os projetos incluam a compreensão dos aspetos ecológicos, ambientais, culturais e de desenvolvimento. Neste contexto, Fidélis (2005) refere que os indivíduos literatos ambientalmente, compreendem os sistemas ecológicos e sócio – políticos e têm tendência para aplicar esse conhecimento a qualquer decisão que implique consequências no ambiente. Também a recomendação nº2 de Tblissi (1975) menciona o conhecimento, envolvendo a compreensão do ambiente e dos seus problemas associados como fundamental para o envolvimento dos cidadãos para participarem nas decisões.

Em suma, a EA, como um dos elementos chave para cidadania ativa, deverá ser problematizadora, evidenciando outras formas de representação do mundo e associando-se como uma área transversal, para possibilitar uma participação mais consciente na sociedade, onde o vértice da economia assente numa ética antropocêntrica domina na tríade economia – sociedade – ambiente que compõe a base da perspetiva teórica do Desenvolvimento Sustentável, a mesma que desencadeou a crise Ambiental e Social em que hoje vivemos e que não tem precedentes na história.

Assim é nosso desiderato, através da mobilização das instituições escolares e outras, afastar a EA de uma abordagem endoutrinante que promove a mudança de comportamentos não questionando os “agentes” causadores dominantes da crise ambiental social.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Carmo, H. e Ferreira, M.(1998). Metodologia da Investigação. Guia para auto – aprendizagem. Lisboa: Uni. Aberta
- (2) Fidélis, O. (2005). Ciência e Sustentabilidade Dois estudos de caso de professores de Ciências Físicas e Naturais do 3º Ciclo do Ensino Básico. Tese de mestrado inédita, Universidade de Lisboa, Departamento de Educação da Faculdade de Ciência, Lisboa.

- (3) Fontaine, A. M. (1991). O conceito de si próprio e a realização escolar na adolescência. *Psycologica*, 5,13 – 31
- (4) Jacobi, P. (2001). Meio Ambiente Urbano e Sustentabilidade: alguns elementos para reflexão. São Paulo: Cortez.
- (5) Leff, E. (2002). Saber Ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade e poder. Petrópolis: Vozes.

PLANETA TERRA COMO UM SER VIVO EM MUTAÇÃO: QUE CONTRIBUTOS APRESENTAM OS MANUAIS ESCOLARES DO 1º CEB PORTUGUÊS?

PLANET EARTH AS A LIVING BEING IN MUTATION: WHICH CONTRIBUTIONS PRESENT THE PORTUGUESE SCHOOL MANUALS OF ELEMENTARY SCHOOL?

Graça S. Carvalho¹; Theodomiro Gama Júnior^{1,2}

¹CIEC, Universidade do Minho, Braga, Portugal / graca@ie.uminho.pt

²Faculdade de Pedagogia/CUNCAST, Universidade Federal do Pará, Brasil / tgamajr@hotmail.com

RESUMO

No momento em que a Natureza do Planeta Terra é um dos temas mais debatido em quase todos Fóruns de Pesquisa e Educação, tornou-se pertinente proceder à análise dos conteúdos desta temática nos Manuais Escolares portugueses, do 1º Ciclo do Ensino Básico (1ºCEB). Foi construída e analisada uma grelha baseada na de Ecologia e Educação Ambiental do Projeto Europeu FP6 BIOHEAD-CITIZEN. Foram selecionados três manuais por cada ano escolar do 1º CEB, tendo sido escolhidos de entre as editoras com maior difusão no Distrito de Braga. Em todos os manuais consultados tornou-se evidente a valorização dos saberes de vida previamente adquirido pelo aluno, antes de iniciar a sua vida escolar. O Meio comum é principalmente o Rural, com identificação e classificação das espécies animais e vegetais. Valoriza-se o cuidar dessas espécies, como por exemplo: saber criar e tratar os animais domésticos, ter conhecimento básico sobre a Sementeira, o Plantio, o Cultivo e a Colheita de hortaliças e frutas. As imagens são em grande parte figurativas, com uma mensagem puramente estética. Torna-se necessário incluir exemplos reais de espécies animais e vegetais ameaçadas de extinção, devido à caça excessiva, ao cultivo intensivo, ou à destruição pelo uso insensato do Fogo. Também seria interessante ensinar sobre os elementos vitais da vida (Ar, Água e Fogo), destacando os seus benefícios e malefícios. Verificou-se a necessidade de se propor determinadas recomendações, com vista à sua melhoria, na perspetiva de proporcionar à criança conhecer, recompor e preservar o seu habitat próximo, contribuindo também para o Meio Ambiente planetário, ensinado como um Ser vivo em mutação.

Palavras-chave: *Ensino Básico, Estudo do Meio, Manuais Escolares.*

ABSTRACT

By the time Nature in the Planet Earth is one of the most debated subjects in almost all Forums of Research and Education, it is pertinent to examine the contents of this theme in 1st Cycle of Basic Education (1º CBE) in Portuguese textbooks. A grid was constructed and analyzed based on a grid of Ecology and Environmental Education of the European Project FP6 BIOHEAD-CITIZEN. We selected

three textbooks for each school year of the 1st CBE, having been chosen from among the publishers with more diffusion in the District of Braga. In all consulted textbooks, it became evident the appreciation of life's previous knowledge previously acquired by the students before starting their school life. The common Way is mainly Rural, with identification and classification of animal and plant species. It is valued the care of these species, for example: to know how to create and handle domestic animals, having basic knowledge about the Seeding, Planting, Growing and Harvesting of fruits and vegetables. The images are largely figurative, with a message purely aesthetic. It becomes necessary to include actual examples of animal and plant species threatened with extinction due to overhunting, by intensive cultivation, or the senseless destruction by fire. It would also be interesting to teach about the vital elements of life (Air, Water and Fire), highlighting its benefits and harms. There was a need to propose some recommendations with the goal of improving children's perspective, knowing, restore and preserve the habitat nearby, also contributing to the global environment, being taught how to live in a changing environment.

Keywords: *Primary Education, Environmental Studies, Portuguese textbooks.*

1. INTRODUÇÃO

Até o presente momento, a Terra é tida como o único planeta da nossa galáxia, a Via Láctea, que tem a presença de vida. Na Biosfera terrestre desenvolveram-se várias espécies de vida dos diversos reinos: Animalia, Plantae, Fungi, Protista e Monera (Whittaker, 1969). Entre as espécies animais, o Homem é o Ser que mais vem interferindo de maneira progressiva e degradante sobre esse ambiente.

Os primeiros encontros internacionais que debateram esse grave problema ambiental, relacionado com a atividade humana, aconteceram somente a partir das últimas décadas do século XX, como por exemplo: Conferência de Tbilissi (1977), Conferência do Rio, Cúpula da Terra e ECO-92 (1992) e Protocolo de Quioto (2005). Desses encontros surgiram acordos e declarações internacionais de cunho político, social, económico e educacional, de grande valia à Natureza terrestre.

Foi atribuído aos governos, e à sociedade em geral, a responsabilidade de educarem seus cidadãos e as novas gerações, no sentido de preservarem o Meio Ambiente. E desta maneira, acreditou-se que esse novo modelo de vida e de comportamento viessem a resultar na sustentabilidade da relação Homem e Natureza (Tracana, 2009).

Logo, a Educação Ambiental tornou-se um tema muito debatido e prioritário das políticas públicas educacionais dos países que participaram desses Fóruns internacionais, e que também assinaram as respetivas declarações. Em 1970, a União Internacional para Conservação da Natureza e dos Recursos Naturais formulou a seguinte definição para Educação Ambiental (Caravita *et al.* 2008: p. 98).

“Educação Ambiental é um processo de reconhecimento dos valores e do esclarecimento de conceitos para desenvolver habilidades e atitudes necessárias para o entendimento e avaliação da interrelação entre o Homem, sua Cultura e o seu Meio Biofísico. A Educação Ambiental é também uma prática na decisão de fazer e formular os códigos de comportamento sobre as questões relacionadas a qualidade ambiental.”

Evidentemente, que esta nova postura diante da importância da Educação Ambiental resultou num maior interesse quanto a análise e a reformulação dos Programas Nacionais e dos manuais escolares (Tracana, 2009). Em Portugal, a Educação Ambiental é um tema transversal, que em tais manuais do 1º Ciclo de Educação Básica (1º CEB) é ensinado essencialmente na temática Estudo do Meio.

Visto que, sendo esses manuais os representantes desses Programas e da Educação formal, eles podem e devem influenciar tanto no conteúdo quanto no modelo de ensino e aprendizagem adotado pela escola. Além disso, apesar da facilidade de acesso a tecnologia didática virtual disponível atualmente, o manual escolar permanece como um recurso educativo de grande relevância pedagógica (Alves *et al.* 2007).

No presente trabalho procurou-se perceber como o conteúdo, quer o texto quer a imagem da temática Estudo do Meio, foi formulado e abordado nos manuais escolares do 1º CEB, na última década, em Portugal.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A primeira etapa deste estudo de análise de conteúdo constou da consulta e da seleção de três (3) manuais escolares, por cada ano escolar do 1º CEB (do 1º ao 4º ano), adotados na última década, em Portugal. Foram selecionados os mais requisitados pelas escolas do Distrito de Braga, sendo provenientes de diversas editoras. Os manuais analisados relativos ao Estudo do Meio foram os seguintes:

- 1º Ano: M1a – *O Quico e o Meio*, Edições Nova Gaia (Campos e Reis, 2003);
M1b – *Caminhos*, Porto Editora (Dinis e Ferreira, 2005);
M1c – *Júnior*, Texto Editores (Silva e Monteiro, 2005).
- 2º Ano: M2a – *Caminhos*, Porto Editora (Dinis e Ferreira, 2004);
M2b – *Amiguinhos*, Texto Editores (Rocha *et al.* 2004);
M2c – *Aprender a Descobrir*, Edições Nova Gaia (Leite e Pereira, 2005).
- 3º Ano: M3a – *Estudo do Meio do Pequeno Mestre*, Edições Gailviro (Freitas, 2001);
M3b – *Aprender a Descobrir*, Edições Nova Gaia (Leite e Pereira, 2001);
M3c – *Bambi 3*, Porto Editora (Pinto e Carneiro, 2004).
- 4º Ano: M4a – *Saber Quem Somos*, Livraria Arnado (Monteiro, 2005);
M4b – *Estudo do Meio do Pequeno Mestre*, Edições Gailviro (Freitas, 2003);
M4c – *Andorinha Turrinha*, Porto Editora (Borges *et al.* 1998).

A partir de uma primeira análise flutuante de conteúdo desses manuais, de acordo com a técnica de Bardin (2004), construiu-se uma grelha, com base na estrutura proposta por Caravita *et al.* (2008). Essa autora tratou o tópico Ecologia e Educação Ambiental, dentro do projeto Europeu FP6 BIOHEAD-CITIZEN (Carvalho & Clément, 2007). Cada manual foi analisado, quer ao nível de texto, quer de imagem, com base nos seguintes critérios de organização e método, analisando se o manual:

1. Organiza o conteúdo, ao nível de texto e de imagem, de maneira coerente, funcional e estruturada, na perspetiva de aprendizagem do aluno;
2. Desenvolve uma metodologia educacional facilitadora e enriquecedora do ensino proposto;
3. Proporciona autonomia e criatividade do interesse de aprendizagem do aluno;
4. Estimula o aluno aprender através da consulta de outros recursos didáticos;
5. Contempla uma aprendizagem de atividade prática e experimental;

6. Relaciona a experiência de aprendizagem a algum projeto interdisciplinar;
7. Oferece informação correta, atualizada, relevante e adequada ao perfil do aluno alvo;
8. Explica no conteúdo textual e de imagem o conceito científico relacionado com a temática;
9. Promove uma Educação para a cidadania;
10. Relaciona de maneira adequada e proporcional a informação referida no texto e na imagem.

O Quadro 1 representa parte dessa grelha. Na grelha completa foi possível identificar e interpretar: **Estilo de Educação**, com respeito à quantidade, qualidade e valorização relativa das informações teóricas e práticas; **Conteúdo dos Temas dos Títulos e Subtítulos**, para confirmar alguma mensagem explícita ou implícita; **Dimensão do Conteúdo do Texto**, histórico, social, económico e relação Homem/Natureza: poluição, destruição e preservação da Biodiversidade; **Densidade de Imagem**, presente e citada no texto; **Definição da Imagem**, fotográfica, figurativa, macroscópica, microscópica, satélite, empírica e mapa; e **Mensagem da Imagem**, humana, emotiva, afetiva, intervencionista, científica e estética.

Quadro 1 – Parte da Grelha de Análise dos Dados

ECOLOGIA E EDUCAÇÃO AMBIENTAL			
CONTEÚDO	INDICADORES	IMAGEM	TEXTO
ESTILO DE EDUCAÇÃO	Informações Teóricas e Práticas	Figurativa	Poluição
TEMA TÍTULO	Mensagem Explícita/Implícita	Fotográfica	Água

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em todos estes manuais escolares analisados se evidência que existe uma valorização e uma continuação, ao longo dos quatro anos, do ensino e aprendizagem do saber previamente reconhecido e apreendido pelo aluno. Neste sentido, logo na primeira frase do item introdução, que apresenta a proposta pedagógica do manual M1a (p.3), lê-se: *O Quico e o Meio* é um livro que tem como princípio orientador a valorização e a ampliação das experiências e saberes que o aluno traz à escola.

O aluno antes de ingressar na escolar já incorporou algum tipo de ideia, conceito, representação, estímulo afetivo e comportamental, que foram aprendidos e incorporados na sua maneira de vida, muito embora possa ser apenas um esquema de conhecimento rudimentar, subjetivo, inocente e imaturo.

Logo, a competência essencial do Estudo do Meio é de educar esse aluno para analisar, conhecer e interferir no seu habitat, de maneira racional, respeitosa e participativa. Essa intervenção crítica também permitirá ao aluno que conheça e analise a situação degradante em que o Ser humano é afetado pelo que acontece em seu Meio onde vive.

O ambiente comum escolhido por esses manuais é o Meio Rural, uma vez que os conteúdos do texto ensinado e das imagens apresentadas, basicamente se referem ao modo de vida, às espécies animais e vegetais e ao Meio Biofísico encontrado nesse local. De tal maneira, que os temas escolhidos para os títulos e subtítulos já incluem referências de conteúdo e de paisagem da vida no campo (M1c; M2a; M3c), embora, também, sejam feitas algumas poucas referências ao Meio Urbano (M3a).

Nos manuais do 1º Ano predominam as imagens figurativas do Meio local, com a mensagem predominantemente emocional, afetiva e estética. Enquanto, do 2º ao 4º Ano dominam as imagens fotográficas, com o foco científico regional e selvagem.

No Estilo de Educação adotado, em todos os manuais, prevalece o fazer prático sobre o ensino teórico. Dá-se ênfase à identificação, cuidado e alimentação das espécies animais, bem como à manipulação e importância alimentar das espécies vegetais (M1b; M3b). E, assim, ensina-se a conviver em harmonia com os elementos e fenômenos naturais que ocorrem no campo, interferindo de maneira racional sobre os recursos e as espécies vivas que fazem parte da Natureza.

3.1 - 1º Ano - Manuais Escolares: M1a, M1b, M1c

Nos manuais do 1º Ano, o conteúdo ensinado inclui um estilo educacional tanto de informação como de classificação da Fauna e da Flora, incluindo, naturalmente, o Homem. Esse modelo adotado estimula no aluno a analisar, a conhecer e a interferir na maneira de viver no campo. Ao mesmo tempo, a fomentar certas atitudes corretas de respeito à vida e a Natureza. Em outras palavras, percebe-se que tanto o texto quanto a imagem buscam de uma maneira afetiva e emocional enfatizar a beleza da Natureza e, assim, estimular o respeito com todas as espécies de vida.

As espécies animais referidas são principalmente aquelas encontradas mais comumente no Meio Rural local, tais como: a Vaca, a Galinha, o Galo, o Pato, a Borboleta, o Peixe, o Sapo, a Ovelha, o Pássaro, o Cavalo e o Coelho (Figura 1). Também é ensinado como cuidar desses animais, e o seu ciclo de vida: nascem, crescem, geram outros, e morrem. No que diz respeito a como fazer a Sementeira, o Plantio, o Cultivo e a Colheita, usam-se também as espécies vegetais mais conhecidas: o Feijão, a Batata, o Milho, o Grão-de-Bico, a Uva, a Laranja, a Maça, o Morango, a Couve, a Alface, a Cenoura, o Manjerico e o Girassol (M1a).

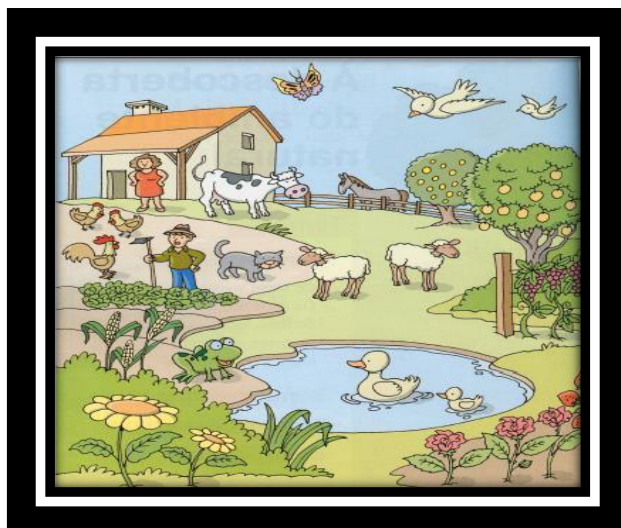


Figura 1 - Espécies Animais e Vegetais Ensinadas: Manual Escolar do 1º Ano (M1a:66)

É recorrente em quase todos os manuais do 1º Ano o incentivo a realizar experiências práticas de observação das fases de desenvolvimento do Feijão, do Trigo, da Lentilha, da Cebola e da Batata. Também se ensina a distinguir os diferentes sons emitidos pelas diversas espécies de animais (Cão, Pássaro e Rã) e de insetos (Grilo e Abelha), bem como a identificar alguns cheiros da Natureza (Terra, Frutos, Flores e Legumes) (M1a).

São usadas imagens figurativas lúdicas para ensinar sobre os diversos tipos de clima (Chuvoso, Nevasca, Quente e Ventoso), relacionados com as Estações Climáticas do ano (primavera, verão, outono e inverno). É enfatizado também o comportamento dos animais, incluindo o Homem, diante dessas situações climáticas anuais. Outro aspeto a ensinar refere-se à variação do número de horas durante o dia e durante a noite, conforme essas mesmas estações climáticas (M1b).

Com respeito aos alimentos consumíveis, são apresentados alguns produtos, tais como os Rissóis, o Arroz Doce, o Sandes de Queijo e o Sumo de Laranja, bem como, os ingredientes que produzem esses produtos, como por exemplo: o Ovo, o Açúcar, o Leite, o Queijo e o Pão. Também se falam dos sabores Salgado, Doce e Ácido de certos alimentos.

No que à Água diz respeito, os manuais recorrem a algumas imagens figurativas, apresentando em que ambiente se pode encontrar esse bem mineral: na Nuvem, na Neve, no Lago, no Rio, no Ribeiro, na Fonte Nascente, no Poço Residencial, e no Oceano. Estimula-se a dialogar sobre a poluição desse bem mineral, e as consequências e prejuízos ao Ser humano. Outro manual (M1c) recorre à imagem fotográfica para mostrar essas fontes naturais de Água doce e salgada, bem como sua utilização na preparação dos alimentos. E, finalmente, uma imagem figurativa apresenta uma Estação de Tratamento de Água servida.

3.2 - 2º Ano - Manuais Escolares: M2a, M2b, M2c

Já nos manuais do 2º Ano, o conhecimento transmitido enfatiza a Natureza selvagem, agora não somente numa escala local, mas também regional e global.

No que diz respeito à Fauna, além dos animais do Meio Rural local, já citado nos manuais do 1º Ano, também são apresentados algumas espécies de outras regiões, tais como: a Girafa, o Canguru, o Crocodilo, o Leão, a Foca, o Urso, o Tigre, a Zebra e o Camelo (M2a; M2c).

Algumas identidades corpóreas de certos animais são descritas, como por exemplo: o Macaco tem o corpo coberto de pêlo, a Ave com penas e asas, o Peixe com escamas e barbatanas, e o Lagarto com pele. Assim, dando início ao ensino da classificação das classes zoológicas, desde o Mamífero, a Ave, o Peixe e o Réptil, respetivamente (M2b).

Ao referir-se ao ambiente natural onde os animais vivem, é ensinado que certos animais para se locomoverem de um lugar a outro marcham, correm, saltam e rastejam, tais como, respetivamente, o Elefante, o Cavalo, a Ovelha e a Cobra. Destacam-se algumas exceções que são explicitadas, como por exemplo, o Pato que vive tanto na Água como no Ar, e o Pinguim que tem asas, mas não voa (M2c).

No 2º Ano também é ensinado que certos animais são Carnívoros, como a Raposa e o Cão, enquanto outros são Herbívoros, como o Cavalo e a Ovelha. No que diz respeito à reprodução, afirma-se que alguns animais nascem do ovo, como a Galinha, a Cobra, o Crocodilo, o Sapo e o Peixe. Enquanto outros nascem de outros animais, como o Macaco, o Jumento, e o próprio Homem. Desta maneira, iniciando a formação relativa à classificação da reprodução Ovípara e Vivípara (M2a).

São ainda apresentadas imagens fotográficas das florestas naturais e reflorestadas, com detalhes de algumas espécies vegetais endémicas de grande porte, como por exemplo: a Oliveira e o Pinheiro

(M2a). No entanto, nenhuma referência é feita ao Carvalho, o qual é uma das espécies típicas da Flora de Portugal.

Novamente, usando o Feijão como exemplo, apresenta-se o Ciclo de Vida desta Planta: germina o grão, nasce a raiz, o caule, a folha, a flor e, a seguir, se produz a vagem. Esta, quando madura libera novos grãos de Feijão. Destacam-se também plantas e flores silvestres e cultivadas, como por exemplo: o Feto, o Aloendro, a Dedadeira, o Rosmaninho e a Malmequer.

Refere-se o crescimento de alguns Fungos, conhecidos por Cogumelos, encontrados nessas florestas portuguesas, apresentando assim o Reino Fungi, embora não o explicitando como tal. Chama-se atenção também para as plantas Carnívoras e os Catos (M2a; M2c).

Um dos recursos didáticos utilizados, nos manuais do 2º Ano, é a sobreposição de imagens. Algumas são imagens fotográficas dessas florestas sobrepostas por imagens figurativas de animais selvagens, tais como: o Alce, o Esquilo e o Texugo. Outras são imagens figurativas do Meio Rural com a superposição de imagens fotográficas de crianças, como se estivessem a passear nesse meio (Figura 2)

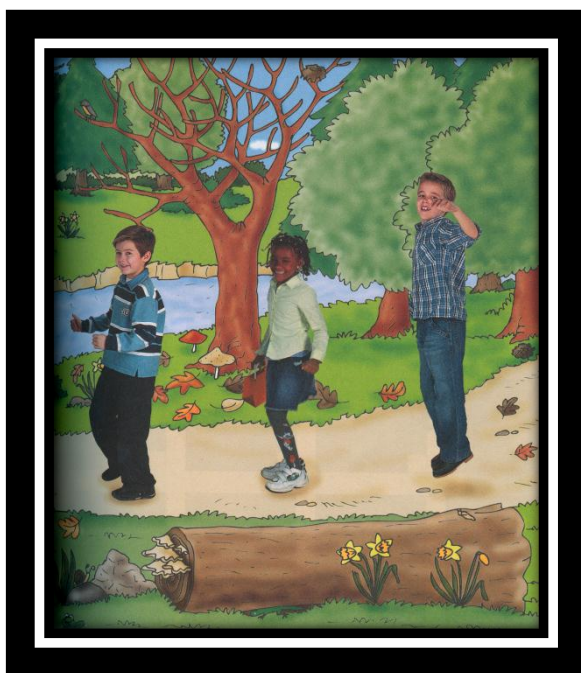


Figura 2 - Superposição: Meio Rural e Criança: Manual Escolar do 2º Ano (M2a: 77)

Outro ensinamento interessante, diz respeito ao meio específico em que certas plantas nascem e crescem. Por exemplo, é ensinado que algumas espécies são encontradas na Água (Nenúfar), outra na Areia da duna, na forma de arbusto (Chorão), e algumas são classificadas como trepadeiras, que crescem juntas a outras árvores. E, assim, iniciando a formação relativa à classificação, respetivamente, de Plantas Aquáticas, Terrestres e Aéreas. Destacam-se também imagens fotográficas de uma mesma área mostrando as diferentes paisagens adquiridas pela Flora, de acordo com as Estações Climáticas do ano.

Chama-se atenção para a existência do Ar como sendo invisível, porém se percebe na forma de vento. A partir daí, algumas experiências são propostas, usando-se a bolha-de-sabão, a bexiga e o vira-vento.

Com relação aos diferentes habitat onde o Homem pode viver, são mostradas imagens fotográficas de pessoas vivendo na região gelada do Pólo Norte, outras no Deserto, e também aquelas que habitam as margens dos Lagos e Rios, como por exemplo, os ribeirinhos que vivem na região Amazónica.

3.3 - 3º Ano – Manuais Escolares: M3a, M3b, M3c

Nos manuais do 3º Ano, os conceitos científicos usados na classificação das espécies animais e vegetais são ensinados com mais detalhe. No que diz respeito à vida animal, ensina-se que algumas espécies estão mais bem adaptadas a certas condições climáticas do Meio, e que dependem para sobreviver dos fatores naturais como a Água, o Ar, a Luz, a Temperatura e o Solo. Usa-se como exemplo: o Golfinho que se desloca na Água, o Morcego vivendo no Ar e, em sítios pouco iluminados, o Urso na região do Pólo Norte, o Camelo adaptado a condição do Deserto, e a Minhoca enterrada no Solo (M3a; M3b; M3c).

Da mesma maneira, como já foi ensinado no 2º Ano, classificam-se os animais de acordo com o Meio onde se deslocam: Terrestre, Aquático e Aéreo. Também referem o tipo de alimentação, se são Carnívoros, Herbívoros ou Omnívoros. Com respeito ao corpo, é ensinado que o animal é revestido por Pêlo, Pele, Pena, Concha e Escama (M3a; M3b; M3c).

Ao se abordar a Flora, chama-se a atenção para a presença de flores com determinadas cores, de árvores com folhas de diferentes formas, e de outras espécies vegetais que podem ter raízes ou não. A raiz é classificada em Aprumada ou Ramificada, Fasciculada e Tuberculosa (M3a; M3b; M3c). Dessa maneira, inicia-se o ensino de classificação das plantas. Refere-se ainda a sua participação na Cadeia Alimentar, chamando-se a atenção ao fato de que algumas espécies vegetais são comestíveis (Frutos, Hortaliças e Cereais), enquanto outras são apenas ornamentais (Embelezar Jardim e Casa) (M3a; M3b; M3c).

Fala-se da importância das plantas na produção de Oxigénio imprescindível para o Homem e outros animais respirarem e, assim, poderem viver. Ao ensinar como usar os recursos naturais, de acordo com uma perspetiva ecológica correta, cita-se que alguns tipos de madeira são usados no fabrico de mobiliário, na construção civil e na produção de papel. Que certas fibras são utilizadas na confeção de vestuários. Enquanto, certas espécies fornecem substâncias com propriedades medicinais, outras produzem óleos comestíveis, e também aquelas que originam o perfume (M3a; M3b).

Quanto ao Meio Geográfico, estes manuais do 3º Ano introduzem o conceito de que a superfície da Terra pode ser classificada em três Formas de Relevo: Elevação (Terreno Alto), Depressão (Terreno Baixo) e Planície (Terreno Plano). Utilizando-se de um mapa geográfico de Portugal, citam-se algumas regiões com seus respetivos e típicos relevos, como por exemplo: Serra (Guarda), Montanha (Leiria), Planície (Beja) Planalto (Bragança) e Vale (Castelo Branco) (M3a).

Ensina-se que a superfície da Terra é constituída por uma camada superficial denominada de Solo, o qual é utilizado para produzir alimento. Enquanto, as Rochas do tipo Granito, Calcário, Mármore, Xisto, Argila, Ardósia e Basalto são usados na construção de casas, calçadas, monumentos e estátuas. Afirmam que esses Solos e essas Rochas são classificados de acordo com certas propriedades macroscópicas, tais como: a Cor, a Textura, a Permeabilidade e a Dureza (Figura 3).

Utilizando-se imagens fotográficas, mostram-se os diferentes tipos de bacias hidrográficas, tais como: Ribeiro, Rio, Lago, Lagoa e Oceano. E, através de uma imagem figurativa, apresenta-se a localização esquemática dos principais rios de Portugal (Minho, Douro, Mondego, Tejo e Guadiana), ao lado de um desenho representando o local de uma nascente e afluente de um rio, suas margens direita e esquerda, sua foz, e onde desagua no oceano Atlântico (M3a).

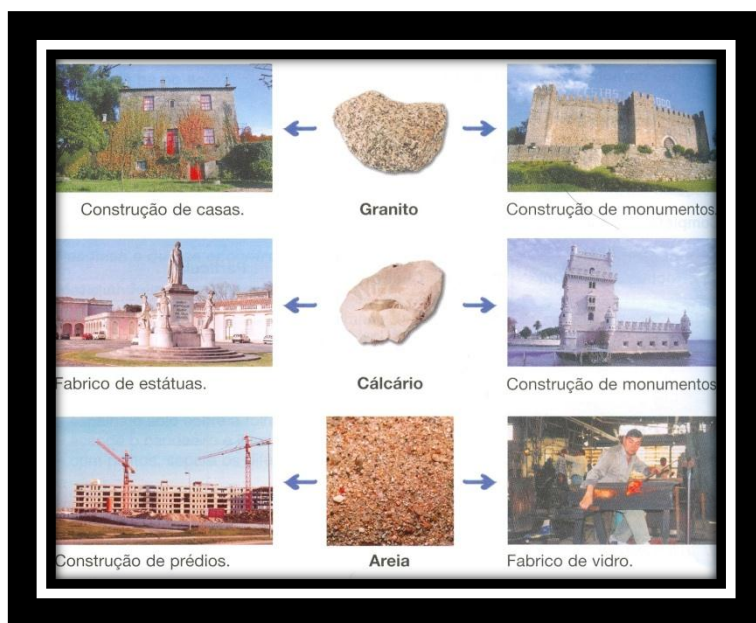


Figura 3 - Uso das Rochas: Manual Escolar do 3º Ano (M3b: 86).

Apresenta-se o Sol como uma estrela de luz própria, que aquece e ilumina a Terra, relacionando o conceito de dia, de noite e do movimento de rotação do nosso planeta, durante o período de 24 horas. Fala-se do lado nascente e poente dessa estrela solar, e de sua importância para a presença de vida na Terra. Também há referência à Lua como um satélite da Terra, que recebe a luz do Sol, e acrescentando-se o fato de ter sido visitada em 1969 pela nave Apolo 11. Uma imagem figurativa mostra a distribuição de todos os planetas em torno da órbita solar.

3.4 - 4º Ano – Manuais Escolares: M4a, M4b, M4c

Tanto no que diz respeito ao conteúdo quanto à imagem, os Manuais Escolares do 4º Ano ensinam novos conceitos científicos mais aprofundados, e usam também mais imagem fotográfica quando comparado com os demais dos anos anteriores. Dentre esses novos conceitos destaca-se o da racionalização da Água, durante as atividades diárias das pessoas, como, por exemplo, ao tomar banho, ao escovar os dentes, ao lavar a roupa e a louça (M4a).

Outra novidade observa-se na primeira página do manual *Saber Quem Somos* (M4a: 51), da unidade I 'Aspetos Físicos do Meio': o título 'A Descoberta do Ambiente Natural' é acompanhado de uma fotografia manipulada, mostrando uma imagem de satélite do planeta Terra, como se estivesse

sendo observado por um astronauta que havia pousado e hasteado a bandeira dos EUA na superfície lunar.

Nessa mesma unidade, percebe-se que o método didático proposto procura relacionar com certo nível de detalhe as substâncias químicas e os diversos fenômenos físicos naturais. Portanto, a linguagem pedagógica deixa de ser afetivo-emocional, tal como adotada nos manuais precedentes, e passa a apresentar uma postura mais rigorosa e científica.

Por exemplo, ao se analisar o Ciclo da Água na Natureza, o conceito relacionado com os termos sólido, líquido e gasoso é ensinado como uma base científica para explicar uma imagem figurativa que representa os reservatórios naturais dessa substância, e os fenômenos físico-químicos definidos como: Vaporização, Condensação, Solidificação e Fusão, que acontecem nesse ciclo da Natureza (Figura 4).

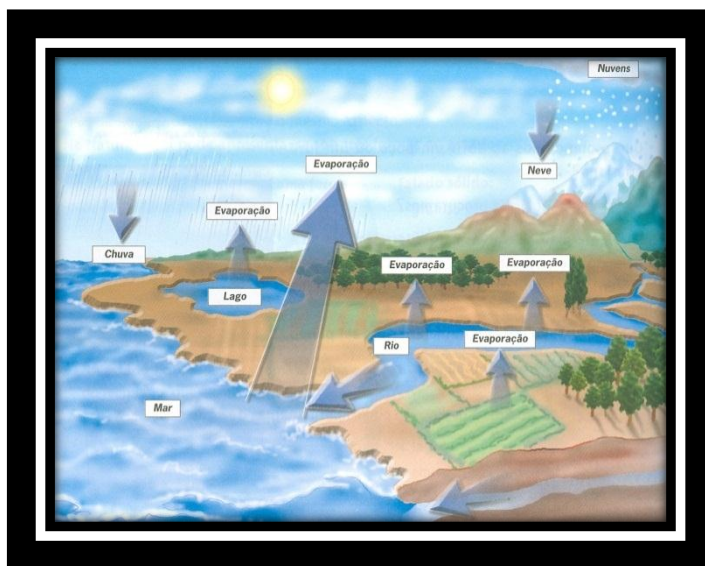


Figura 4 - Ciclo da Água e Fenômenos Físico-Químicos Naturais: Manual Escolar do 4º Ano (M4a: 54)

Noutro manual, Estudo do Meio do Pequeno Mestre, uma sequência de imagens fotográficas mostra a relação direta entre esses fenômenos naturais, a temperatura do Meio e a Atmosfera que protege a superfície da Terra. Assim, o fenômeno de Condensação é ensinado como um processo físico-químico que ocorre quando o vapor de Água se condensa nas camadas altas da Atmosfera, formando as nuvens; nas camadas baixas formam o Nevoeiro; e, durante a noite, quando a temperatura desce, forma-se o Orvalho (Figura 5).

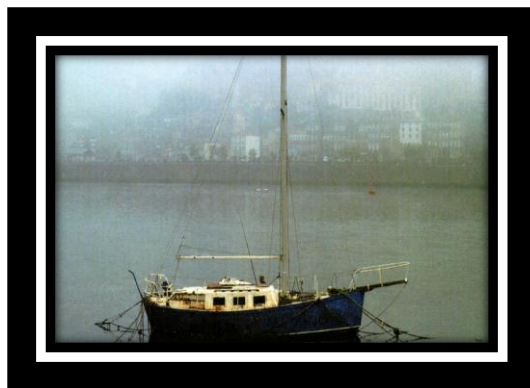


Figura 5 - Fenómeno da Condensação/Nevoeiro: Manual Escolar do 4º Ano (M4b: 48)



Figura 6 - Fenómeno da Evaporação: Manual Escolar do 4º Ano (M4b: 53).

O fenómeno da Solidificação é dito estar relacionado com a Estação Climática do inverno, durante o qual a Água da nuvem arrefece lenta ou bruscamente, e cai em forma de flocos de Neve ou Granizo, respetivamente. Já quando o Orvalho solidifica devido ao arrefecimento do Ar, forma-se sobre a superfície do solo e da planta a Geadas.

A Precipitação ensina-se que acontece quando a Água na forma líquida ou sólida, após liberada da nuvem, atinge a superfície da Terra, como Chuva, Neve ou Granizo. Porém, se a Água dos reservatórios naturais for aquecida pela radiação solar, forma-se o Vapor de Água, caracterizando o fenómeno da Evaporação (Figura 6). Esse vapor ao encontrar qualquer superfície mais fria transformar-se-á em líquido, que recebe a denominação de fenómeno da Condensação. Outro conceito abordado refere-se ao aumento de volume de Água quando ocorre a Solidificação, e uma diminuição quando da Fusão (M4c).

Ao se ensinar sobre o conceito de esfericidade da Terra, cita-se o português Fernão de Magalhães como o primeiro a provar esse fato. Como ilustração mostra-se uma imagem de satélite da Terra e um Mapa Planisfério indicando os Continentes (Europa, Ásia, África, Austrália e Américas do Norte e do Sul) e os Oceanos (Pacífico, Atlântico, Índico e Glacial Ártico e Antártico) (Figura 7).



Figura 7 - Planeta Terra: Imagem de Satélite: Manual Escolar do 4º Ano (M4c: 64)

Define-se a Lua como um satélite da Terra, e através de uma imagem figurativa ensina-se sobre suas fases (Nova, Quarto Crescente, Cheia e Quarto Minguante), as quais estão relacionadas com a iluminação do Sol sobre sua superfície (M4c).

Através de uma imagem figurativa mostra-se o Sistema Solar, onde o Sol ocupa a região central, e os demais planetas (Mercúrio, Venus, Terra, Marte, Júpiter, Saturno, Urano, Netuno e Plutão) compoendo as diversas órbitas desse sistema. Chama-se atenção para o fato de que a Terra precisa de um ano ou 365 dias e 6 horas para completar a sua órbita (Figura 8).

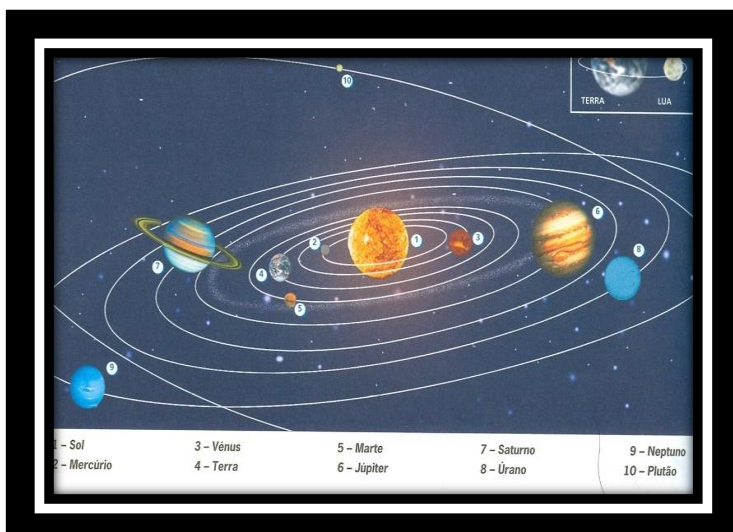


Figura 8 - Sistema Solar: Manual Escolar do 4º Ano (M4a: 62)

Usando um mapa geográfico e algumas imagens fotográficas, apresentam-se os principais rios da bacia hidrográfica portuguesa, destacando-se os locais onde nascem e desaguam. Dentre esses, três

nascem na Espanha e desaguam em Portugal: o Tejo, cuja foz encontra-se em Lisboa, o Douro no Porto, e o Guadiana em Vila Real de Santo António. Os outros dois importantes rios nascem e desaguam exclusivamente no território português: os rios Mondego, que nasce na serra da Estrela e tem sua foz localizada na cidade da Figueira da Foz, e o Cávado, que nasce na serra de Larouco, e desagua em Esposende (Figura 9).

No que diz respeito à forma de relevo, procura-se ensinar a localização geográfica das regiões mais elevadas tanto do continente português como das ilhas adjacentes. Na península continental são citadas as serras da Estrela, que ocupa a região central do país; do Gêres e do Marão, na região norte; e do Caldeirão no sul. No arquipélago dos Açores está a elevação mais alta de Portugal, conhecida como o Pico, com 2350 metros de altitude (M4a).

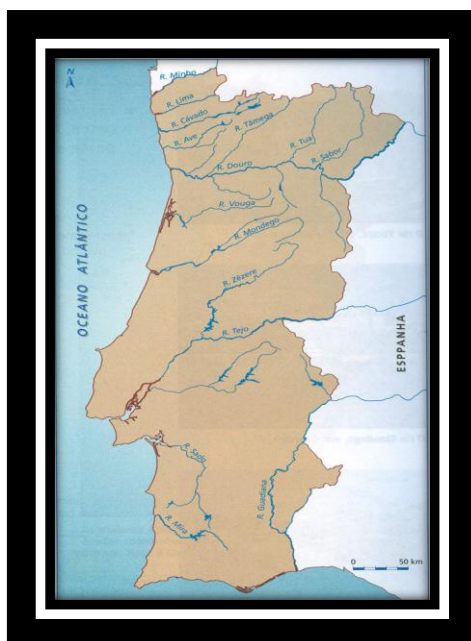


Figura 9 - Mapa de Drenagem de Portugal: Manual Escolar do 4º Ano (M4a: 65).

4. CONCLUSÕES

A partir desta análise dos Manuais Escolares portugueses do 1º CEB – exclusivamente, da unidade Estudo do Meio – as conclusões de ordem didática, pedagógica e científica são as que de seguida se apresentam.

A organização do conteúdo textual e da imagem tem uma coerência na sequência dos tópicos ensinados. Percebe-se isso na maneira adequada da organização e da proporcionalidade equilibrada entre o texto e a imagem, bem como os conteúdos estão estruturados no sentido de uma aprendizagem principalmente do Meio Rural, que aproveita a experiência de vida que o aluno traz à

escola. No entanto, considerando que o universo das escolas inclui também os alunos do Meio Urbano, sugere-se que se dê força a essa coerência, no sentido de atender a esses participantes da cidade.

O método adotado nos manuais analisados facilita e enriquece o ensino-aprendizagem proposto, o que está em consonância com a proposta do Programa Nacional, o que também já foi observado por Tracana (2009). Dá-se ênfase à autonomia e à criatividade de aprendizagem prática e experimental, embora seja quase exceção o estímulo à consulta a outros recursos pedagógicos para além do manual escolar (livros, CDs, Internet, etc.), os quais poderiam enriquecer e ampliar a formação dos alunos. Certamente, que o professor poderá – e deverá – desempenhar este papel, no entanto, esta referência nos manuais é recomendável e também importante, pois coaduna a proposta pedagógica às novas tecnologias.

Certamente, estes manuais analisados contribuem para promover a Educação para a Cidadania, devendo ser aperfeiçoado através do reconhecimento de valores de vida, e de esclarecimentos dos conceitos de habilidade e atitude que visam comportamentos adequados com respeito ao meio em que vivem. Assim a criança pode aprender a compreender e avaliar a simbiose entre o Homem, o vivente de um Planeta Terra vivo e em mutação, a sua Cultura e o seu Meio Biótico.

Dito isto, entendemos tornar-se necessário e inadiável – ao considerar a gravidade em que a Terra e seu Meio Biofísico estão a ser agredidos – ensinar valores de cidadania e conceitos científicos, que promovam no aluno o compromisso de preservar e recompor a Natureza, comprometendo-se com a sua qualidade de vida e a dos seus descendentes, ou seja, das gerações que se lhe irão suceder.

Em suma, para além do que vem explícito nos Manuais Escolares, é preciso ensinar nas escolas do 1º CEB em Portugal, eventualmente também noutros países, que o Homem está a agredir cada vez mais a Natureza do Planeta Terra, na medida em que continua a caçar animais em extinção, a queimar florestas, a produzir e deixar de reciclar os seus resíduos sólidos e, no caso mais grave, a promover a discórdia e a miséria planetária.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Alves, G., Anastácio, Z., Carvalho, G. (2007). Reprodução Humana e Sexualidade nos Manuais Escolares do 1º Ciclo do Ensino Básico. *Revista de Educação*, 15, 21-32.
- (2) Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edição 70.
- (3) Borges, F., Lima, J., Freitas, M. (1998). *Andorinha Turrinha: Estudo do Meio*. Porto Editora.
- (4) Campos, H., Reis, J. (2003). *O Quico e o Meio: Estudo do Meio*. Lisboa. Edições Nova Gaia.
- (5) Caravita, S., Valente, A., Pace, P., Valanides, N., Khalil, I., Berthou, G., Kozan-Naumescu, A., Clément, P. (2008). Construction and Validation of Textbook Analysis Grids for Ecology and Environmental Education. *Science Education International*, 19, 97-116.
- (6) Carvalho, G.S., Clément, P. (2007). Projecto 'Educação em Biologia, Educação para a Saúde e Educação Ambiental para uma melhor Cidadania': Análise de Manuais Escolares e Concepções de Professores de 19 países (europeus, africanos e do próximo oriente). *Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências*, 7, 1-21.
- (7) Dinis, C., Ferreira, L. (2004). *Caminhos: Estudo do Meio*. Porto. Porto Editora.
- (8) Dinis, C., Ferreira, L. (2005). *Caminhos: Estudo do Meio*. Porto. Porto Editora.
- (9) Freitas, M. (2001). *Estudo do Meio do Pequeno Mestre*. Vila Nova de Gaia. Gailivro Editora.

- (10) Freitas, M. (2003). Estudo do Meio do Pequeno Mestre. Vila Nova de Gaia. Gailivro Editora.
- (11) Leite, C., Pereira, R. (2001). Aprender a Descobrir: Estudo do Meio. Lisboa. Edições Nova Gaia.
- (12) Leite, C., Pereira, R. (2005). Aprender a Descobrir: Estudo do Meio. Lisboa. Edições Nova Gaia.
- (13) Monteiro, A. (2005). Saber Quem Somos: Estudo do Meio. Coimbra. Livraria Arnado.
- (14) Pinto, A., Carneiro, M., A. (2004). Bambi 3: Estudo do Meio. Porto. Porto Editora.
- (15) Rocha, A., Lago, C., Linhares, M. (2004). Amiguinhos: Estudo do Meio. Lisboa. Texto Editores.
- (16) Silva, C., V., Monteiro, M., L. (2005). Júnior: Estudo do Meio. Lisboa. Texto Editores.
- (17) Tracana, R.B. (2009) Educação Ambiental no Ensino Básico e Secundário: Concepções de Professores e Análise de Manuais Escolares. Dissertação de Doutoramento no Ramo de Estudos da Criança: Universidade do Minho.
- (18) Whittaker, R. H. (1969). New Concepts of Kingdoms of Organisms. Science, 163, 150-160.

SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR



BULLYING, CYBERBULLYING E OS MEDIA EM PORTUGAL: QUE RELAÇÃO?

BULLYING, CYBERBULLYING AND MEDIA IN PORTUGAL: HOW ARE THEY RELATED?

Salomé Ramos¹; Anabela Pereira²; Cytia Carvalho³; Maria Barroso⁴

¹ Universidade de Aveiro / salome.guedes.ramos@gmail.com

² Universidade de Aveiro / anabelapereira@ua.pt

³ Universidade de Aveiro / cyntiabarrosocarvalho@gmail.com

⁴ Fundação Pro Dignitate / prodigni@prodignitate.pt

RESUMO

Introdução: Nos últimos anos tem havido um crescente interesse por parte dos investigadores relativamente aos efeitos que a exposição aos meios de comunicação social podem ter sobre os mais jovens. A intervenção levada a cabo nos países nórdicos tem em consideração dados da investigação que referem tanto o impacto do tempo desta exposição, como os conteúdos de violência exibidos.

Método: Face a esta dicotomia, foi realizado um estudo na zona centro de Portugal, com 745 alunos do sexto ao décimo ano, de 12 escolas públicas e privadas. Foi construído um questionário que permitiu analisar os hábitos de consumo/exposição a diferentes meios de comunicação social (TV, internet, telemóveis, jogos de computador e imprensa escrita), considerando tanto o tempo de consumo, como a exposição a conteúdos violentos. Este instrumento avalia ainda o acompanhamento/controlo parental que os pais fazem do uso dos media. Estas questões foram analisadas e comparadas com a exibição de comportamentos de bullying e cyberbullying (uma forma emergente de violência), igualmente acedidas através de um questionário de autoresposta..

Resultados: Foram encontradas algumas correlações que parecem indicar que a exibição de comportamentos de bullying está associada a comportamentos semelhantes de cyberbullying e, se por um lado, a primeira forma de violência apresenta uma correlação mais forte com a quantidade de comportamentos violentos visualizados, por outro, o cyberbullying parece estar mais associado ao tempo de exposição.

Conclusão: Com nos resultados obtidos, pensa-se que é possível abrir as portas à intervenção dirigida a crianças/jovens, pais e professores, sob a forma de educação para os media, que parecem exercer alguma influência sobre os comportamentos de violência em contexto escolar.

Palavras-chave: media, bullying, cyberbullying, crianças, violência

ABSTRACT

Introduction: In recent years, a wide research has been conducted on the effects that media violence on young people, specifically on violent behaviour. Northern European countries have taken into account research data, considering both the impact of time of exposure, as the contents of violence displayed.

Method: This study was conducted on a survey among a sample of 745 sixth- through tenth-grade students, in the centre of Portugal, attending both private and public schools. A questionnaire was built in order to analyze and depict the consumption habits of media violence (on TV, internet, mobile phones, computer games, newspapers and magazines), considering both time of media consumption and violent contents, often excluded of research. Additionally, it takes into account parental control of media use. These issues were analyzed and compared with bullying and cyberbullying (an emerging form of violence) behaviours, also accessed by self-response.

Results: There are some correlations that seem to indicate that bullying behaviors are associated with cyberbullying. While bullying has a stronger correlation with violent contents, cyberbullying appears to be associated with the time of exposure.

Conclusion: Being aware of the results shown, we can plan and set some intervention guidelines targeted at children, parents and teachers, promoting media literacy.

Keywords: media, bullying, cyberbullying, children, violence

1. INTRODUÇÃO

Num relatório sobre a violência na Europa, a Organização Mundial de Saúde refere a morte diária de 40 jovens na Europa, sendo o esfaqueamento ou outro tipo de agressões físicas as principais causas atribuídas a estes níveis de violência. Na Conferência Mundial de Segurança, a ONU enfatiza a importância da aposta em intervenções de caráter preventivo, à semelhança do que já tem sido feito em alguns países Europeus (Público, 22 de setembro de 2010). Para uma prevenção eficaz, é necessária uma análise das causas que poderão estar na origem destes números.

Ao longo dos últimos anos, a investigação tem procurado identificar os fatores associados à violência, tendo vários autores (Bandura, Ross & Ross, 1963, cit in Freedman, 2006; Huesmann, Lefkowitz & Walder, 1972, 1977, in Huesmann & Miller, 1994; Kuntsche et al., 2006) chamado a atenção para o impacto que os meios de comunicação social e, em particular, a televisão podem ter na sociedade e na influência dos mesmos sobre os mais jovens. Por exemplo, Strasburger (2009) refere que 10% das agressões na vida real podem ter como influência a violência assistida nos media.

Na Europa, foi criado o Centro Nórdico de Informação para a Pesquisa sobre os Media e a Comunicação Social (NORDICOM). Com sede na Suécia, o objetivo deste centro passa pelo desenvolvimento e divulgação de estudos neste âmbito e, em 1997, constituiu a International Clearinghouse on Children, Youth and Media, através da qual têm sido realizadas pesquisas na área da comunicação social e a sua relação com as crianças e jovens. Na mesma linha, foi criado o SudCom, uma rede de cidadania ativa transnacional de países da Europa do sul, nos quais se inclui Portugal, numa perspectiva de partilha das mesmas práticas de ação, de reflexão crítica e de interação sobre a comunicação e a violência.

A Teoria Socio-Cognitiva da Comunicação em Massa (Bandura, 2001) explica a aprendizagem da violência, descrevendo a capacidade de simbolização, autoregulação e autoreflexão do ser humano. Este, enquanto ser proactivo, e não apenas como mero produto do meio social, tem a capacidade de alargar o seu conhecimento através da observação, sendo esta modelagem controlada por contingências (por ex. a tradução do comportamento violento em bens materiais, aceitação social ou como forma de resolução de problemas).

Esta teoria enfatiza a aprendizagem da violência como uma forma de resolução de problemas (Eron, 1994), sendo esta aprendizagem realizada de forma vicariante e, posteriormente, incorporada no repertório de resolução de problemas. “Se as atitudes de uma criança incluem a aceitação da violência como um meio de resolução de problemas, é razoável pensar que essa criança terá uma maior probabilidade de reagir de forma violenta em situações da vida real” (Barkhus, 1999,p.6). Após a descoberta de “neurónios espelho” em primatas, Rizzolatti, Fadiga, Gallese & Fogassi ponderam a existência de uma tendência inata para a “imitação”, sendo aqueles responsáveis por este processamento (Bushman & Huesmann, 2006).

Se, por um lado, estes primeiros estudos laboratoriais proporcionaram alguns dados que permitiram associar a violência visualizada nos meios de comunicação social, sobretudo na televisão, e os comportamentos de violência entre jovens, por outro lado, foram alvo de várias críticas, nomeadamente no que se refere à impossibilidade de estabelecer uma relação causal entre estes fatores. Na década de sessenta, Eron, Huesmann, Lefkowitz & Walder realizaram uma investigação de carácter longitudinal que veio demonstrar um sentido de causalidade na relação entre a exposição a conteúdos de violência e a exibição destes comportamentos (Huesmann & Miller, 1994). Neste estudo foram encontradas correlações entre a exposição à violência aos 8 anos e os níveis de violência 10 anos depois. Foram igualmente encontrados casos de envolvimento em crimes graves, 22 anos mais tarde. Estes estudos revelam ainda que se trata de uma relação uni-direcional, visto que não foram encontradas correlações entre os níveis de violência durante a infância e os hábitos de utilização dos meios de comunicação social, na idade adulta (Barkhuus, 1999).

Com o aparecimento e desenvolvimento acelerado das novas tecnologias da informação e comunicação, a investigação internacional tem vindo a centrar o foco da sua atenção na utilização que os mais novos fazem destas tecnologias (Anderson et al., 2003; Bandura, 2001; e Huesmann, 1994).

Nos Estados Unidos da América, um estudo da Fundação Kaiser Family, revela um aumento substancial na utilização dos media pelos jovens, nos últimos cinco anos (Rideout, Ulla e Roberts, 2010). Os dados encontrados indicam que crianças/jovens entre os 8 e os 18 anos passam uma média de 7 horas e meia por dia com os meios de comunicação social, a única ocupação com a qual passam mais tempo, exceto dormir. É igualmente referida uma explosão na utilização das novas tecnologias da informação, o que vem confirmar os dados já obtidos em 1989 (Johnson, 1996). Os mesmos autores salientam o facto de os jovens que passam mais tempo com os meios de comunicação social reportarem baixos níveis de contentamento pessoal. Outro projeto americano – o Pew Internet & American Life – divulga que 71% dos jovens tem telemóvel e 93% usa a internet, através da qual 78% joga on-line, 73% usa o correio eletrónico, 68% conversa através de chats e 65% usa sites de redes sociais (Jones & Fox, 2009).

Uma sondagem levada a cabo, em 2005 (Health Behavior in School-Aged Children), em oito países (Canadá, Estónia, Israel, Letónia, Macedónia, Polónia, Portugal e Estados Unidos) permitiu associar diferentes fatores de exposição à televisão a diferentes tipos de violência nas escolas, especificamente o bullying. Para além de uma maior prevalência de agressões verbais em jovens que vêem mais televisão, Kuntsche *et al.* (2006) referem uma maior tendência para agressões físicas, em adição à violência verbal e relacional, em culturas com maior exposição à televisão durante o fim de semana, por exemplo em Portugal. Os mesmos autores chamam a atenção para a necessidade de aprofundar o estudo de fatores como o acompanhamento parental e os conteúdos visualizados.

Na Europa, o projeto EU KIDS ONLINE analisou, através de uma investigação qualitativa os hábitos de utilização da Internet, telemóvel e outras tecnologias em linhas por parte dos mais novos, com o

objetivo de conhecer melhor os usos, riscos e segurança online das crianças europeias. Este estudo, realizado em 25 países Europeus, entre os quais Portugal, chama a atenção para a utilização individualizada, privada e móvel que as crianças fazem da internet. Segundo os dados fornecidos na EU Kids Online 2 Final Conference, jovens entre os 9 e 16 anos passam uma média de 88 minutos por dia online. 63% tem a possibilidade de utilizar a internet na escola, 87% em casa e 49% no seu próprio quarto. Para além disso, 33% acede à internet através do telemóvel ou de um dispositivo móvel. Muitos dos jovens que se afirmam como bullies estão igualmente sujeitos a vitimização, sendo esta exercida de forma directa ou online – cyberbullying. Esta nova forma de violência que tende a emergir através da utilização das novas tecnologias (Trolley, 2010) parece estar associada ao bullying directo (offline).

Segundo Olweus (1993), o bullying pode ser definido como uma forma específica de violência que ocorre de forma intencional, repetida e ao longo do tempo, numa relação assimétrica de poder entre agressor e vítima. O autor considera ainda a distinção entre o bullying exercido de forma directa (através de ataques abertos, que podem ser físicos ou verbais) e de forma indirecta (por exemplo, através do isolamento e exclusão social) e alguns autores salientam um maior envolvimento de rapazes na primeira forma de bullying, sendo que, por outro lado, as raparigas tendem a exercer violência de forma mais indirecta (Bjorkqvist, 1994; Wang, Iannotti & Nansel, 2009), também denominada violência relacional ou social (Crick, 1995).

Conscientes da popularidade da internet e dos telemóveis junto da população mais jovem, Wang, Ronald e Nansel (2009) acrescentaram o cyberbullying – forma de agressão que ocorre através de computadores ou telemóveis (Wang, Ronald & Nansel, 2009) – às três formas de violência na aplicação de um questionário criado por Olweus, relativamente a comportamentos de bullying e vitimização.

Em Portugal foi realizado um estudo qualitativo (Vala, Lima & Jerónimo, 2000) que procurou analisar o grau e o tipo de violência emitida pela televisão portuguesa na programação recreativa, publicitária e informativa. De acordo com os resultados encontrados, um espectador exposto a 2,5 horas de televisão diária, vê, ao fim de um mês, 2250 interações violentas e 225 mortes. Os autores referem que a violência é particularmente elevada em filmes e desenhos animados, sendo que a programação destinada a crianças apresenta uma taxa de violência superior à destinada a adultos. Este foi o primeiro estudo na área da violência dos media em contexto nacional e, através do cruzamento com resultados obtidos em estudos internacionais, permitiu observar que a violência exibida pela televisão portuguesa está ao mesmo nível da televisão francesa, mas excede a dos EUA. Um estudo realizado com 820 alunos do ensino básico do distrito de Coimbra procurou caracterizar os hábitos televisivos e analisar o papel mediador de variáveis (identificação com os heróis violentos, prazer em ver violência na televisão e o realismo percebido na violência televisiva) na relação entre a exposição à violência televisiva e a agressão física (Matos, 2005). Este estudo revela que 44% dos participantes tem acesso à televisão no seu próprio quarto, dedicando um período considerável de tempo a este meio de comunicação social. Simultaneamente, chama a atenção para o papel dos pais, tal como já tinha sido sugerido em outros estudos internacionais (Anderson *et al.*, 2003; Wang, Iannotti & Nansel, 2009). No entanto, este estudo limita-se a analisar a exposição à violência da televisão, deixando de parte outros meios de comunicação social a que atualmente os jovens têm acesso privilegiado.

Face ao crescente interesse dos investigadores nesta área e aos resultados dos estudos realizados torna-se relevante perceber, no contexto nacional, quais os meios de comunicação social mais utilizados pelos jovens e qual o nível de violência percebido pelos próprios nesta exposição. Por

outro lado, interessa analisar a relação entre esta exposição e a exibição de comportamentos violentos. Assim, apresentam-se como objetivos do presente estudo:

- (1) Caracterizar os hábitos de utilização de diferentes meios de comunicação social (televisão, internet, jogos e imprensa escrita) por crianças e jovens portugueses;
- (2) Verificar se existe relação entre o tempo de utilização dos meios de comunicação social e a exibição de comportamentos violentos;
- (3) Relacionar a exposição a conteúdos violentos nos media e a exibição de comportamentos violentos; e
- (4) Compreender a interferência do controlo parental na relação entre a exposição aos meios de comunicação social e a violência exibida.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Participantes

Os elementos deste estudo foram recolhidos junto de uma amostra de 745 alunos portugueses, da área geográfica da zona centro, com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos. A amostra é composta por 402 raparigas (54%) e 343 rapazes (46%) e 82% dos sujeitos têm entre 12 e 15 anos. Desta amostra, 37% são provenientes de famílias com um nível sócio-económico mais baixo, 43% situam-se num nível médio e 15% caracterizam-se por um nível sócio-económico mais elevado.

Instrumentos

A recolha dos dados foi feita através da administração de dois questionários de autoresposta. Para este efeito, foi construído um primeiro questionário com o objetivo de conhecer os hábitos de utilização dos meios de comunicação social (Questionário de Hábitos de Utilização dos Media) e outros foi traduzido e adaptado – o Olweus Bully/Victim Questionnaire (Olweus, 1996).

Com o propósito de aceder a variáveis sociodemográficas, foram introduzidas no Questionário de Hábitos de Utilização dos Media, algumas questões iniciais que permitem considerar o género, a idade, o ano e o nível sócio-económico dos alunos visados. Este último aspeto será ponderado com base na profissão dos pais, de acordo com as categorias profissionais estabelecidas pelo Instituto Nacional de Estatística.

O Questionário de Hábitos de Utilização dos Media é constituído por um total de 26 questões – 4 de resposta direta (programas/personagens/jogos/leituras preferidas) e 22 de escolha múltipla (são apresentadas várias hipóteses, devendo ser escolhida uma ou mais de entre elas), das quais 10 estão representadas através de uma escala de Lickert (1 – Nunca; 2 – Algumas vezes; 3 – Muitas vezes)

Na construção deste questionário foram ponderados algumas aspetos evidenciados na literatura, nomeadamente, em sondagens relativas à utilização de diferentes categorias dos meios de comunicação social (por ex. nos projetos Pew Internet & American Life e Fundação Kaiser Family) e em estudos de caracterização da violência nos media (por ex. Vala, Lima & Jerónimo, 2000). Outras variáveis foram inseridas, de forma a responder aos objetivos do estudo, por exemplo, questões relativas ao controlo parental e à perceção da violência nos programas e personagens preferidos. Na sua estrutura global, o questionário é constituído por cinco partes: Parte I – Acesso aos meios de comunicação social; Parte II – Hábitos televisivos; Parte III – Utilização da internet; Parte IV – Jogos; e Parte V – Imprensa escrita, sobre as quais incidem as questões realizadas. Uma análise do coeficiente do Alpha de Cronbach permite-nos verificar uma forte consistência interna para esta escala, com um valor de .89.

O Bully/Victim Questionnaire (Olweus, 1996) foi construído para avaliar as diferentes dimensões da violência em contexto escolar, permitindo obter resultados relativamente ao bullying físico, bullying verbal e bullying relacional. A escala inicial é composta por 38 itens, encontrando-se em partes diferentes as questões direcionadas para a vitimização e atos de bullying. Tendo em consideração a amostra deste estudo, procurou-se traduzir e adaptar para o Questionário de Violência em Meio Escolar cada um dos itens, tendo adicionalmente sido criados novos itens, relativamente ao cyberbullying (por exemplo, Nos últimos dois meses, os meus colegas usaram a internet ou o telefone para me chamar nomes, gozar-me ou chatear-me). A validade interna desta escala corresponde a um Alpha de Cronbach de .86.

Procedimentos

De acordo com a divisão territorial da Direção Regional de Educação do Centro, que corresponde ao Roteiro das Escolas da Região Centro (Aveiro, Estarreja, Castelo Branco, Coimbra, Tábua, Leiria, Mangualde, Viseu e Guarda), foram selecionadas, por conveniência, 12 escolas (tendo sido igualmente consideradas escolas públicas e privadas), tendo sido selecionadas, pelos elementos da direção de cada escola, as turmas para administração dos questionários, de acordo das idades mencionadas.

Os instrumentos aplicados foram submetidos à análise da Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) do Ministério da Educação, responsável pela autorização de inquéritos e realização de estudos em meio escolar. Posteriormente, foram contactadas as escolas, com a explicitação dos objetivos do estudo e com a apresentação prévia dos questionários para aprovação dos responsáveis.

Após ter sido obtido o consentimento dos pais, os questionários foram apresentados aos alunos em formato de papel, no mesmo momento, em sala de aula, nas escolas e turmas selecionadas, durante o primeiro semestre de 2011. Para além do consentimento informado, foi garantida a confidencialidade e anonimato das respostas fornecidas pelos alunos. Foi proposto às escolas um momento para a aplicação dos questionários, designadamente, a aula de Área de Projeto, uma área curricular não disciplinar. Coube, no entanto, ao responsável de cada turma (diretor de turma) a decisão acerca das circunstâncias para este procedimento. Sempre que possível, o preenchimento dos questionários foi feito na presença de um dos investigadores.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para as estatísticas descritivas e análise das correlações definidas foi utilizado o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), com recurso ao teste não-paramétrico, teste de Spearman, dado que não se verificou uma distribuição normal.

Através de uma análise dos locais a partir dos quais os sujeitos têm acesso aos diferentes meios de comunicação social, verifica-se que 78% dos alunos que responderam aos questionários tem acesso a televisão na sala da sua casa. 30% afirma ter uma televisão no próprio quarto e 57% dos sujeitos tem igualmente acesso à internet no seu quarto. Finalmente, 97% dos alunos tem acesso a um telemóvel na sua casa e 77% usam este meio fora de casa.

A televisão e o telemóvel são os meios de comunicação social aos quais tanto os rapazes como as raparigas estão mais tempo expostos. Durante a semana, os alunos passam cerca de 5 horas por dia a ver televisão e 5h30m com o telemóvel e durante o fim de semana, o tempo de utilização destes

dois meios de comunicação social é de 6 horas por dia. Os rapazes desta amostra evidenciam uma tendência de maior utilização dos jogos do que as raparigas. Tanto rapazes como raparigas passam uma média de 4 horas por dia durante a semana e 5 horas durante os dias de fim de semana na internet. Existe alguma variabilidade no que se refere à idade, por exemplo, em dias de fim de semana, os estudantes mais velhos referem usar a internet durante cerca de 6 horas por dia, enquanto os mais novos referem uma média de 4h30m.

É notória a discrepância entre o tempo que os estudantes passam a ler livros/revistas (cerca de 3 horas por dia), quando comparado com o tempo que passam com as novas tecnologias (aproximadamente 5 horas por dia). Esta prevalência das novas tecnologias pode dever-se ao mais fácil acesso que atualmente as crianças e jovens têm a estes tipos de meios de comunicação social e à maior atratividade dos meios audiovisuais.

Anderson e colaboradores (2003) referem uma falta de consenso entre investigadores no que concerne à influência que a exposição aos meios de comunicação social tem sobre o comportamento dos mais novos. Neste estudo, apesar de não apresentar uma correlação forte, o tempo a que os alunos estão expostos aos meios de comunicação social parece estar associada a comportamentos de bullying e cyberbullying.

O valor das correlações entre o tempo de exposição durante os dias de semana e violência é de $r=.140$ para o bullying e $r=.142$ para o cyberbullying ($p<.01$). A exposição durante os dias de fim de semana encontra-se também positivamente correlacionada, com o mesmo nível de significância ($p<.01$), apesar dos valores encontrados serem mais baixos (bullying $r=.099$ e cyberbullying $r=.131$). Contrariamente ao que foi descrito por Küntscher e colaboradores (2006), não foi encontrada uma prevalência mais elevada de comportamentos violentos nos sujeitos que apresentam maior tempo de exposição durante o fim de semana.

Tabela 1: Correlações entre o tempo de exposição em dias de semana e bullying/cyberbullying

		<i>Tempo de Exposição (Dias de Semana)</i>	<i>Bullying</i>	<i>CyberBullying</i>
Tempo de Exposição (Dias de Semana)	Correlation Coefficient	1,000	,140**	,142**
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000
	N	745	745	745
<i>Bullying</i>	Correlation Coefficient	,140**	1,000	,491**
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000
	N	745	745	745
<i>CyberBullying</i>	Correlation Coefficient	,142**	,491**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.
	N	745	745	745

** . Correlação significativa a um nível de 0.01 (2-tailed)

No que concerne aos conteúdos visualizados na televisão pelos alunos que integram a amostra, 98% dos sujeitos refere ver filmes e 94% vê séries. Quando utilizam a internet, 95% vê vídeos online e 87% utiliza salas de chat. Finalmente, 92% dos participantes usa o telemóvel para fazer chamadas e 91% para enviar sms.

Tabela 2: Correlações entre o tempo de exposição em dias de fim de semana e *bullying/cyberbullying*

		CyberBullying	Bullying	Tempo de exposição (Fim de semana)
<i>CyberBullying</i>	Correlation Coefficient	1,000	,491**	,131**
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000
	N	745	745	745
<i>Bullying</i>	Correlation Coefficient	,491**	1,000	,099**
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,007
	N	745	745	745
Tempo de exposição (Fim-de-semana)	Correlation Coefficient	,131**	,099**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,007	.
	N	745	745	745

** . Correlação significativa a um nível de 0.01 (2-tailed).

De acordo com as respostas fornecidas pelos alunos, não existe uma grande exposição a conteúdos violentos quando usam a internet ou jogam. Ainda que metade dos participantes afirme que, por vezes, assiste a lutas, insultos ou utilização de armas enquanto vê televisão, estas características não são apontadas às suas personagens favoritas. Alguns sujeitos referem que a sua personagem favorita nunca lutou num programa (45%), nunca insultou ou chamou nomes (53%), nunca ignorou os outros (53%), nunca usou armas (54%) e nunca destruiu objetos (45%). Apenas 19% refere que o seu modelo se envolve frequentemente em lutas e destrói objetos. Adicionalmente, os sujeitos provenientes de níveis sócio-económicos mais elevados referem estar expostos a conteúdos de maior violência. No entanto, apesar de considerarem que os conteúdos a que estão expostos não são muito violentos, uma grande percentagem dos alunos afirma que vê os programas considerados mais violentos de acordo com o estudo de Vala, Lima e Jerome (2000).

Tal como o tempo de utilização dos meios de comunicação social, também a exposição à violência exibida, tal como percebida pelos alunos, revela um coeficiente de correlação positiva de $r=.213$ para o *bullying* e $r=.137$ para o *cyberbullying*, com um nível de significância de $p<.01$.

Tabela 3: Correlação entre a exposição a conteúdos violentos nos media e *bullying/cyberbullying*

		Bullying	CyberBullying	Exposição à violência
<i>Bullying</i>	Correlation Coefficient	1,000	,491**	,213**
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000
	N	745	745	745
<i>CyberBullying</i>	Correlation Coefficient	,491**	1,000	,137**
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000
	N	745	745	745
Exposição à violência	Correlation Coefficient	,213**	,137**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.
	N	745	745	745

** . Correlação significativa a um nível de 0.01 (2-tailed).

Se, por um lado, alguns autores discutem o efeito que o tempo de exposição aos media pode ter sobre os comportamentos, por outro lado, Barkhuus (1999) coloca a ênfase nos conteúdos observados. As correlações encontradas não nos permitem assegurar uma maior probabilidade de comportamentos violentos com base nos conteúdos, comparativamente com a quantidade de

tempo. De acordo com os resultados encontrados, o *bullying* parece estar mais relacionado com a quantidade de comportamentos violentos visualizados e o *cyberbullying* apresenta uma correlação mais forte com o tempo de exposição. É de referir o facto de a avaliação da violência visualizada ter sido feita com base nas percepções dos próprios alunos.

Existe um envolvimento parental moderado no que respeita ao uso dos meios de comunicação social, que parece decrescer com o aumento da idade dos alunos. Nos dados relativos ao controlo e acompanhamento parental, salienta-se o facto de 82% dos pais verem televisão com os seus filhos, enquanto apenas 25% acompanha ou controla os filhos, enquanto usam a internet. Torna-se difícil para os pais o acompanhamento e controlo da exposição à violência nos media, devido ao acesso cada vez mais alargado que os jovens têm à televisão e internet fora de casa, nomeadamente na casa de colegas ou em locais onde existe menor monitorização por parte dos adultos.

A correlação entre o envolvimento parental no uso dos media e a exibição de comportamentos violentos apresenta-se como negativa e também mais fraca. O envolvimento parental e o bullying apresentam um coeficiente de $r = -.111$ ($p < .01$), sendo ainda mais baixo o valor de correlação para o cyberbullying ($r = -.092$), com um nível de significância $p < .05$.

Tabela 4: Correlação entre envolvimento controlo parental e *bullying/cyberbullying*

<i>CyberBullyingBullyingEnvolvimento parental</i>				
<i>CyberBullying</i>	Correlation Coefficient	1,000	,491**	-,092*
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,012
	N	745	745	745
<i>Bullying</i>	Correlation Coefficient	,491**	1,000	-,111**
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,003
	N	745	745	745
Envolvimento parental	Correlation Coefficient	-,092*	-,111**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,012	,003	.
	N	745	745	745

** . Correlação significativa a um nível de 0.01 (2-tailed).

*. Correlação significativa a um nível de 0.05 (2-tailed).

Apesar da correlação não ser muito forte, o controlo parental está associado a uma diminuição da frequência de comportamentos violentos, tal como foi identificado por Tufte (1999). No entanto, pode surgir a questão acerca da eficácia do acompanhamento e controlo exercido pelos pais. Por exemplo, não se sabe até que ponto os pais que vêm televisão com os seus filhos selecionam programas mais violentos, sem uma percepção da violência a que estão expostos ou manifestando eles próprios atitudes proviolência.

Finalmente, os dados deste estudo mostram-nos uma relação entre bullying e cyberbullying. Os resultados obtidos dão-nos um valor positivo para a correlação entre os relatos de bullying e cyberbullying ($r = .491$; $p < .01$). Esta correlação aponta para a probabilidade de os estudantes que adotam comportamentos violentos com os colegas de escola de forma direta, assumirem igualmente comportamentos de cyberbullying, quando estão a utilizar as novas tecnologias. Desta forma, poderemos assumir que um aumento na utilização destas tecnologias levará igualmente a um aumento de comportamentos de cyberbullying.

4. CONCLUSÃO

Os comportamentos de violência são frequentes e cada vez mais visíveis na nossa sociedade. Não poderá atribuir-se uma causa única a este tipo de problemas, sendo prioritária a investigação que permita uma compreensão mais alargada do fenómeno da violência.

O estudo dos efeitos da violência exibida pelos meios de comunicação social tem enriquecido o debate acerca da necessidade de intervenção neste âmbito e tem-se debruçado sobre os fatores que poderão estar envolvidos nesta relação. A própria metodologia aplicada tem sido alvo de debate e são vastas as possibilidades de investigação na área dos media, da influência que exercem e nas suas consequências, não apenas na área da violência, mas em áreas como adoção de comportamentos de saúde e a exposição a riscos online.

O uso dos meios de comunicação social pelas crianças e jovens não é, por si só, motivo de preocupação. A evolução dos meios de comunicação social desencadeia-se a um ritmo acelerado e cada vez mais é considerado como uma oportunidade de acesso à informação, de aprendizagem e de abertura ao mundo. Contudo, nem sempre os utilizadores estão dotados de competências que lhes permitam uma utilização segura e eficaz destes meios. Os mass media assumem, nesta era, o papel de educadores, sendo responsáveis pela transmissão de conhecimentos, mas também de atitudes e valores. São igualmente meios que permitem um maior contacto com o exterior o que, sobretudo para os mais inexperientes, poderá proporcionar uma panóplia de oportunidades, mas igualmente de riscos.

Este estudo, de carácter exploratório, representa uma contribuição para esta temática, sobretudo porque, realizado em contexto nacional, incide num dos aspetos que tem vindo a revelar-se uma fonte de preocupação não só para os jovens, mas também para pais, professores e todos os envolvidos na educação das gerações mais novas: a violência em contexto escolar. Os resultados chamam a atenção para o consumo de violência através dos meios de comunicação social, referindo as suas especificidades e o papel dos pais enquanto mediadores do que é observado e aprendido. Simultaneamente, analisam uma das formas emergentes de violência entre os mais novos – o cyberbullying –, que tem vindo a acompanhar a evolução das novas tecnologias.

Face aos dados encontrados e às conclusões deste estudo, emerge a necessidade de investir em linhas de investigação que possibilitem uma compreensão mais detalhada das relações encontradas. Neste sentido, seria de grande interesse a produção de investigação de carácter longitudinal, em amostras aleatórias da população portuguesa, através das quais fosse possível identificar um sentido de causalidade e analisar as mudanças ao longo do tempo, com uma maior representatividade nacional.

Conscientes do papel fundamental que os pais e professores/educadores nesta relação e na formação de valores e atitudes das crianças que estão expostas aos media, seria igualmente interessante um investimento na compreensão das competências dos mesmos para lidar com os meios de comunicação social, nomeadamente relativamente ao conhecimento que têm da utilização destes media, a avaliação que fazem dos seus conteúdos e de que forma procuram transmiti-la aos mais novos.

Sem qualquer objetivo de censura, seria importante uma regulação na produção de programas de TV e desenvolvimento de programas de internet com qualidade mais elevada. Concomitantemente, é crucial que os planos de ação no campo da prevenção possam funcionar numa dinâmica de

conscientização para a literacia nos media, que já tem sido difundida internacionalmente, sobretudo no norte da Europa (von Feilitzen, 1999).

Uma intervenção eficaz permitiria a criação de programas de sensibilização e formação não só dirigidos a crianças e jovens em idade escolar, mas igualmente dirigida aos pais, professores e a própria comunidade, dotando os intervenientes de competências adequadas para lidar com as novas tecnologias da informação e os conteúdos a que nos expõem diariamente, captando igualmente a atenção dos cuidadores para a necessidade de investirem no acompanhamento das crianças e jovens na exposição e compreensão dos media.

Para além dos benefícios da redução do tempo de exposição à violência nos media (proporcionando às crianças outras opções nas suas atividades de tempos livres), seria vantajoso desenvolver hábitos saudáveis de consumo dos media, de modo a promover a mudança de atitudes proviolência e desenvolvimento de estratégias alternativas à violência para a resolução de problemas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Anderson, C., Berkowitz, L., Donnerstein, E., Huesmann, L., Johnson, J., Linz, D., and Wartella, E. (2003). The Influence of Media Violence on Youth. *Psychological Science in the Public Interest*, 81-110. doi: 10.1111/j.1529-1006.2003.pspi_1433
- (2) Anderson, C.A., Berkowitz, L., Donnerstein, E., et al. 4 (2003): The influence of media violence on youth. *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 81–110.
- (3) Barkhuus (1999). The Effects of Media Violence on Children's Expressed Aggressiveness. *Media Violence and Children*, 1-13.
- (4) Bjorkqvist, K. (1994). Sex Differences in Physical, Verbal, and Indirect Aggression: A Review of Recent Research. In *Sex Roles*, 30, 177-188.
- (5) Bushman, B.J., Huesmann, L.R. (2006): Short-term and long-term effects of violent media on aggression in children and adults. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160, 348–52.
- (6) Christensen, L. (2001): *Experimental Methodology* (Eight Edition). Massachusetts: Allyn & Bacon.
- (7) Council on Communications and Media (2009). Media Violence. *Pediatrics*, 124, 1495-1503. doi: 10.1542/peds.2009-2146.
- (8) Crick, N. & Grotpeter, J. (1995). Relational Aggression, Gender, and Social-Psychological Adjustment. *Child Development*, 66, 710-722.
- (9) Eron, L. (1994). Theories of Aggression. In Huesmann (Ed.) *In Aggressive Behaviour: Current Perspectives* (pp.3-11). Nova York: Plenum Press.
- (10) Gunter, B. (2008). Media Violence : Is There a Case for Causality?. *American Behavioural Scientist*, 51, 1060- 1122.
- (11) Huesmann, L. (1994). Longitudinal Observational Studies of TV Violence. In Huesmann (Ed.) *In Aggressive Behaviour: Current Perspectives* (pp.164-180). Nova York: Plenum Press.
- (12) Johnson, O. (1996): Television violence and its effect on children. *Journal of Pediatric Nursing*, 11, 94-99. doi:10.1016/S0882-5963(96)80066-2
- (13) Kuntsche, Pickett, Overpeck, Craig, Boyce e Matos (2006). Television Viewing and Forms of Bullying among Adolescents from Eight Countries. In *Journal of Adolescent Health*, 39, 908-915.

- (14) Küntscher, E., Simons-Morton, B., Bogt, T., Queija, I., Tinoco, V., Matos, ... Lenzi, M. (2009). Electronic media communication with friends from 2002 to 2006 and links to face-to-face contacts in adolescence: an HBSC study in 31 European and North American countries and regions. *Journal of Public Health*, 54, 243–S250. doi: 10.1007/s00038-009-5416-6
- (15) Matos, A. (2005). Televisão e Violência: (Para) Novas Formas de Olhar. *Comunicar*, 25.
- (16) Murray, J. (2008). Media Violence: The effects are both real and strong. *American Behavioural Scientist*, 51, 1212-1230. doi: 10.1177/0002764207312018
- (17) Olweus, D. (1993). *Bullying at School: What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell.
- (18) Pereira, S. (2000). A Televisão e o Conceito de Infância. In CESC e IEC da Universidade do Minho (Eds.), *Actas do Congresso Internacional “Os Mundos Sociais e Culturais da Infância” – III Volume* (pp. 305-309). Braga, Portugal: Bezerra Editora.
- (19) Ramos, S., Pereira, A., Carvalho, C., Barroso, M. & Castanheira, H. (2011, September). Media Violence: A Study of Portuguese Children. Paper present at EU KIDS Online Conference, London
- (20) Strasburger, V. (2009): Children, adolescents and the media: what we know, what we don't know and what we need to find out (quickly!). *Archives of Disease in Childhood*, 94, 655-657. doi: 10.1136/adc.2008.157156
- (21) trasburger, V., Jordan, A. e Donnerstein, E. (2010). Health Effects of Media on Children and Adolescents. *Pediatrics*, 125, 756-767. doi: 10.1542/peds.2009-2563
- (22) Trolley, B. & Hanel, C. (2010). *Cyber Kids, Cyberbullying, Cyber Balance*. Thousand Oaks: Corwin
- (23) Tufte, B. (1999). A Educação para a mídia na Europa, com foco especial nos países nórdicos. In Carlsson, U. & von Feilitzen, C. (Org.) *A Criança e a Mídia: Imagem, Educação, Participação* (pp.235-251). Brasília: Edições UNESCO Brasil.
- (24) Vala, J., Lima, L., & Jerónimo, R. (2000). *Avaliação da violência na televisão portuguesa: Programação de 1997*. Lisboa: Alta Autoridade para a Comunicação Social.
- (25) Vandebosch, H. e Cleemput, K. (2009). Cyberbullying among youngsters: profiles of bullies and victims. *New Media Society*, 11, 1349- 1371.
- (26) Von Feilitzen, C. (1999). Educação para a mídia, participação infantil e democracia. In Carlsson, U. & von Feilitzen, C. (Org.) *A Criança e a Mídia: Imagem, Educação, Participação* (pp.19-36). Brasília: Edições UNESCO Brasil.
- (27) Wang, J., Iannotti, R., e Nansel, T. (2009). School Bullying Among Adolescents in the United States: Physical, Verbal, Relational, and Cyber. *Journal of Adolescent Health*, 15, 1–8.
- (28) Ybarra, M., Diener-West, M., Markow, D., Leaf, P., Hamburger, M. e Boxer, P. (2008). Linkages Between Internet and Other Media Violence With Seriously Violent Behaviour by Youth. *Pediatrics*, 122, 929-937. doi: 10.1542/peds.2007-3377.
- (29) www.nordicom.gu.se/eng.php

COMPORTAMENTOS DELINQUENTES EM ADOLESCENTES: PAPEL PARENTAL E ESCOLAR

CRIMINAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS: PARENTAL ROLE AND SCHOOL

António Fernandes ¹; Carlos Albuquerque ²; Maria João Amante ³

¹ Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego/ antonyofernandes@sapo.pt

² Escola Superior de Saúde de Viseu/ cmalbuquerque@gmail.com

³ Escola Superior de Educação de Viseu / majoa@esev.ipv.pt

RESUMO

Os comportamentos delinquentes no decurso da adolescência têm aumentado nos últimos anos, acarretando graves repercussões pessoais e familiares. Dados disponibilizados pelas forças de segurança portuguesas, referente ao ano de 2009, revelam um aumento de 318 registos de delinquência juvenil comparativamente a 2008, totalizando 3479 ocorrências. Partindo desta realidade, pretendemos dar efeito um estudo numa das regiões centro de Portugal. Em concreto neste artigo será espelhado o projeto de investigação, de suporte ao estudo que pretendemos realizar. Com recurso a uma amostra probabilística de adolescentes viseus com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos, pretendemos atingir os seguintes objetivos: caracterizar a prevalência de comportamentos delinquentes nesta população específica e analisar o efeito de um conjunto de variáveis de contexto parental e escolar na ocorrência dessas condutas delituosas. Como instrumentos de medida serão utilizados: Índice de Apegar Familiar, Escala de Disrupção Escolar; Questionário de Ligação Parental forma Adolescentes; Escala de Comportamentos Delinquentes. Também será propósito deste estudo recolher informação contextual que permita caracterizar o perfil sócio-demográfico e familiar destes adolescentes e seus progenitores. O desiderato final, subjacente a este projeto de investigação, é que o mesmo, seja concretizado, de forma a deixar contributos empíricos para futuras estratégias orientadas para a prevenção dos comportamentos delinquentes em adolescentes, sustentadas pela elaboração de manuais de boas práticas.

Palavras-chave: delinquência, adolescência, família e escola.

ABSTRACT

Delinquent behaviours during adolescence have increased in rate during the past years with serious repercussions on family and personal levels. The data gathered from the Portuguese law enforcement agencies, reporting to 2009, reveal a rise in 318 occurrences of juvenile delinquency compared to 2008, in a total of 3479 registered occurrences. Starting from this reality we intend to conduct a study on the regional center of Portugal. Specifically this paper will mirror the research project to support the study we want to achieve. Using a probabilistic sample of adolescents from Viseu, between the ages of 12 and 16, we intend to achieve the following objectives: characterize

the prevalence of delinquent behaviours in this specific population and analyse the effect of a set of parental and school variables context in the occurrence of these misconducts. As measuring instruments we will adopt the Family Apgar index, School disruption scale, parenting teens connection form questionnaire and delinquent behaviour scale. This study also aims at gathering contextual information that will allow the defining of a socio-demographic and family profile of these adolescents and parents. The final purpose of this research project is that it should leave an empirical contribution for future strategies aimed at delinquent behaviour prevention in adolescence, supported by the creation of good practice manuals.

Keywords: delinquency, adolescence, family and school.

1. INTRODUÇÃO

Em Portugal, os problemas decorrentes da delinquência em adolescentes, estão cada vez mais na ordem do dia. Não se pode ignorar, por exemplo, a ênfase dada pelos Mass Media aos assaltos e violência física perpetrados contra estabelecimentos comerciais ou pessoas individuais. Como exemplo desta realidade, e num passado ainda muito recente, o Jornal de Notícias de 23 de fevereiro de 2006, relatava que um grupo de doze adolescentes, com idades entre os 10 e 16 anos, é suspeito de ter espancado até à morte um homem, aparentando 35 anos, travesti, sem-abrigo e toxicodependente; o Diário das Beiras, a 15 de março de 2007, referia que vários funcionários da EB 2,3 e Secundária de Tarouca (Distrito de Viseu), tinham sido agredidos por alunos; enquanto o Jornal de Notícias, de 25 de outubro de 2010, escrevia que um antigo segurança foi morto, em Loures, num cenário de extrema violência, em que foram utilizadas armas brancas, cacetes, pedras, garrafas, murros e pontapés, em que os agressores, teriam entre 10 e 15 anos e que poderão pertencer ao gang "Caixa Baixa", que é um grupo de jovens criminosos transversal a vários bairros de Lisboa e da Margem Sul do Tejo.

Face a esta breve, mas marcante descrição, apercebemo-nos que estes comportamentos estão a tornar-se, de forma alarmante, quase como um "lugar comum" na nossa sociedade, tendo sido já descritos como um problema de saúde pública, tão perigoso como qualquer doença (Human Capital Initiative Coordinating Committee, 1997).

Vários fontes tem vindo a alertar para o aumento crescente da criminalidade cometida por menores de 16 anos, sustentando as tendência de subida que estes casos vinham a registar (Gabinete do Secretário Geral, 2010). Por outro lado, constata-se que estes fenómenos já não se restringem, apenas às grandes metrópoles, mas ocorrem um pouco por todo o lado e porque suscitam, junto das populações, sentimentos de angústia, medo e insegurança, obrigando as autoridades competentes a adotarem medidas repressivas que se traduzem, geralmente pelo reforço dos efetivos policiais.

No entanto, os crimes que chegam ao conhecimento das autoridades representam apenas uma fração dos adolescentes que cometem crimes (Negreiros, 2008), levando a maior parte das vezes a uma falsa realidade da delinquência juvenil. Por isso, torna-se necessidade uma reflexão aprofundada e sistematizada acerca da problemática inerente ao aumento das práticas antisociais (Figueiredo & Costa, 1997), à caracterização e compreensão dos fatores envolvidos no aparecimento e desenvolvimento da trajetória delinquente, nomeadamente entre os adolescentes.

De forma a enquadrarmos já esta problemática, salientamos que comportamento delinquente é entendido enquanto padrão estável de desrespeito pelos direitos dos outros ou de violação das

normas sociais próprias de uma determinada comunidade (Fonseca, 2000), as quais podem ou não ser julgadas criminalmente, isto é, aquelas que tangenciam as normas sociais e humanas, as quais em geral são causadoras de danos leves ou graves à sociedade (por exemplo, formas de organização social que os jovens adotam - “gangs”, a criação de jogos de diversão violentos, balbúrdias em festas, vandalismo, alto consumo de álcool e fumo) (Donohew et al., 1999; Zhang, Welt & Wieczorek, 1999).

Tal fenómeno vem tendo como base explicativa major a estrutura ou traços de personalidade (Sobral; Romero, Luengo & Marzoa, 2000; Omar & Uribe, 1998) e até mesmo como referência a distúrbio psiquiátrico (Gattaz, 1998; Vermeiren, Clippele & Deboutte, 2000). Porém, apesar desses enfoques teóricos contribuírem para a compreensão do problema da delinquência, estes parecem não ser suficientes, o que leva a refletir sobre um construto teórico que não viesse explicar essa questão apenas devido às diferenças individuais, mas que acrescentasse mais uma peça-resposta, sobre os comportamentos desviantes em adolescentes.

2. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

A atividade delinquente tem sido, ao longo de várias décadas, um foco de interesse de diversas disciplinas científicas (Negreiros, 2008). Segundo dados do Relatório Anual de Segurança Interna de 2009, a criminalidade juvenil (cometida por menores de 16 anos) aumentou 10% relativamente ao ano precedente (Gabinete do Secretário Geral, 2010). Face a esta realidade e em virtude de se ter vindo a verificar, nestes últimos anos, uma evolução crescente dos comportamentos delinquentes em adolescentes, tornando-se um problema considerável no nosso planeta, decidiu-se dar corpo a um **projeto de investigação**, que planeie um estudo dos comportamentos desviantes em adolescentes (dos 12 aos 16 anos), à luz das influências de algumas variáveis relacionadas com as funções educacionais dos pais e da escola.

Escolheu-se o grupo de adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos, em virtude deste período de desenvolvimento humano, ser apontado por vários autores como correspondente ao “...início da atividade delinquente (primeira condenação) que ocorre por volta dos 14-15 anos.” (Negreiros, 2008:p.14) e, por outro lado, porque a essência do conceito da delinquência juvenil corresponde às práticas delituosas, executadas por indivíduos com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos, (Lei Tutelar Educativa, nº 166/99).

A centralidade na família e na escola fica a dever-se à convicção, assente em pressupostos teóricos, de que a delinquência em adolescentes resulta em muitos dos casos dos défices das competências educacionais dessas duas estruturas de socialização (Ferreira, 1997). À luz de alguns estudos, a família surge como a plataforma a partir da qual o desenvolvimento social normal ou perturbado do indivíduo se faz e, ao mesmo tempo, constituindo o ponto de partida para numerosos programas de intervenção. Os melhores preditores de comportamento delinquente de criminalidade e da violência estão associados à falta de competências parentais e a discórdia na família (Lipsey & Derzon, 1998). Igualmente Dornbusch e tal., (2001) evidenciaram, através de um estudo empírico, que a ligação à escola estava associada a um declínio da prevalência do comportamento desviante.

Segundo Negreiros (2008), estes adolescentes, aquando da entrada na escola, não possuem um adequado apoio familiar, quer do ponto de vista do comportamento, quer do rendimento escolar, correndo-se o risco destes jovens ficarem mal preparadas para enfrentar as exigências sociais e académicas da escola. Alguns estudos têm revelado a existência de associações entre as práticas antisociais e a função familiar e escolar (Ferreira, 2000), onde essas perturbações aparecem

associadas a graves problemas em diversas outras áreas do funcionamento do indivíduo, fraco desempenho escolar (Tu, Ratner & Johnson, 2008), mau funcionamento da família (Pinheiro et al., 2006).

Nas escolas, tem-se observado situações de comportamentos disruptivos/violência que estão a tomar proporções ameaçadoras na nossa sociedade. Atualmente as situações, que no passado eram casuais, estão a tornar-se uma constante no dia a dia das nossas escolas (Francisco & Libório, 2009; Lourenço, 2009; Lourenço & Paiva, 2004; Paiva, 2009). Por outro lado, também verificamos que os programas mais eficazes de intervenção nos comportamentos delinquentes, são os que incidem sobre a família (Chamberlain, 1999; Kazdin, 1998; Henggeler e tal., 1998; Tremblay e tal., 2000).

Partindo deste pressuposto, muitos dos autores, que se dedicam à análise desta problemática, referem ser urgente desenvolver estudos no sentido de identificar os mais importantes e significativos fatores relacionados com a ocorrência destes comportamentos, clarificar as relações entre estes comportamentos e o insucesso escolar e as competências sociais, bem como identificar variáveis que possibilitem potenciar os efeitos de intervenções, visando a prevenção e o tratamento destes comportamentos (Del Prette & Villa, E., 2005). Em síntese, diríamos que será este o propósito do nosso estudo, agora planeado neste projeto de investigação.

Assim, tendo por base, o contexto anteriormente descrito e no pressuposto dos poucos estudos portugueses já efetuados no domínio dos determinantes da delinquência juvenil, somos levados a expressar a matriz da problemática que pretendemos estudar na seguinte questão de investigação: “Em que medida o papel parental e escolar, influenciam os comportamentos delinquentes nesta fase do ciclo vital?”

A questão anteriormente levantada surge da revisão da literatura especializada, de contactos mantidos com professores, autoridades de segurança e de saúde do Distrito de Viseu, dos vários debates e opiniões mantidos com pais, agentes governativos locais e outros profissionais de saúde e, por último da preocupação que temos, não só enquanto profissionais de saúde, mas também como pais, em dar melhor resposta aos problemas dos adolescentes, esperando que os resultados que possam vir a ser obtidos se tornem úteis a todos aqueles que se dedicam propriamente dito à prevenção de comportamentos delinquentes em adolescentes.

Face a este enquadramento, e em virtude da falta de estudos sistemáticos sobre esta problemática, o presente estudo pretende caracterizar a população adolescente viseense (de idades compreendidas entre os 12 e 16 anos) no âmbito dos comportamentos delinquentes, e analisar a relação das variáveis de contexto parental e escolar na génese/ocorrência dessas condutas delituosas. A centralidade nestas duas estruturas educadoras, emana da convicção de que os comportamentos delinquentes em adolescentes possam ser produto da incapacidade destas duas organizações de socialização, ao não exercerem eficientemente as responsabilidades e os deveres que socialmente lhes competem realizar (Ferreira, 1997).

Tendo presente o anteriormente exposto, salientamos que a investigação que pretendemos delinear terá como objetivo geral: Analisar o papel parental e escolar na expressão dos comportamentos delinquentes em adolescentes, de forma a relacionar o défice destas duas estruturas educadoras na génese dos comportamentos delinquentes nesta fase do ciclo vital.

Para além deste objetivo, a investigação propõe-se alcançar os seguintes objetivos específicos: - Descrever as características da população adolescente, com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos, no contexto dos comportamentos delinquentes; -Caracterizar o contexto escolar e parental que gera comportamentos delinquentes em adolescentes; -Explicar as relações entre as características parentais e os comportamentos delinquentes em adolescentes; -Indagar a relação

existente entre as variáveis de contexto escola e os comportamentos delinquentes em adolescentes;
 -Produzir conhecimento que facilite o desenho de programas de intervenção com adolescentes, visando a diminuição dos comportamentos delinquentes em adolescentes.

Com os objetivos acima referidos, pretende-mos igualmente indagar até que ponto os resultados subjacentes ao Distrito de Viseu se enquadram ou não no referencial dos obtidos em estudos nacionais já anteriormente realizados, tendo por referência outros contextos sócio-demográficos e culturais.

Num âmbito mais geral, o objetivo central do presente estudo poderá situar-se na procura de uma melhor compreensão dos comportamentos delituosos em adolescentes e do seu desenvolvimento. Com efeito, se forem encontradas bases empíricas que traduzam importantes relações entre os constructos estudados, haverá que tê-las em conta na implementação da intervenção nesta faixa etária.

Por último, espera-se que os dados encontrados forneçam novos elementos informativos, no sentido de um maior entendimento da estrutura escolar e familiar, nos comportamentos pró-delituosos, da problemática inerente à iniciação dos comportamentos de risco ao longo da adolescência e que possam ser posteriormente utilizados como referência para a intervenção na promoção dos comportamentos delinquentes em adolescentes, quiçá sob a forma de manuais informativos/formativos.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Como variáveis dependentes deste estudo definiu-se: Comportamentos delinquentes em Adolescentes. Relativamente às variáveis Independentes e de forma a facilitar a compreensão da sua associação com a variável central da investigação, decidimos agrupa-las em 3 agrupamentos conforme se pode constatar no quadro 1.

Quadro – 1: – Variáveis Independentes		
<i>Variáveis Sócio-Demográficas:</i>	<i>Variáveis de Contexto Parental</i>	<i>Variáveis de Contexto Escolar</i>
Idade	Agregado familiar	Disrupção Escolar
Sexo	Funcionalidade familiar	Agressão aos colegas
Naturalidade	Comportamentos desviantes na família	Agressão aos símbolos da autoridade escolar
Numero de irmãos	Estado sócio económico	Número de reprovações
Posição na frataria	Estilos parentais	Assiduidade
Residência		Interesse pela escolar

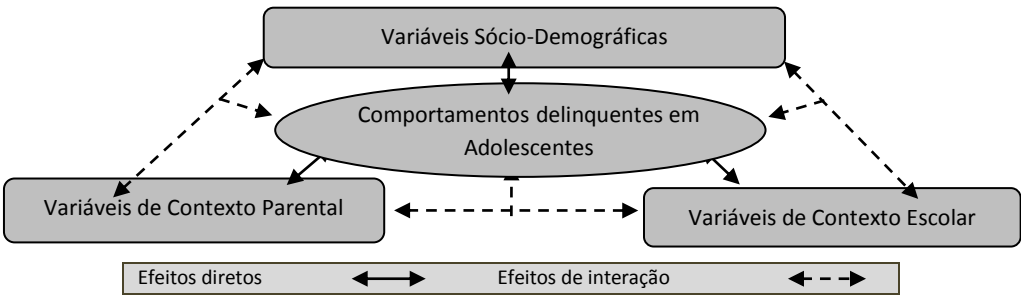


Figura 1– Modelo conceptual da relação entre as variáveis estudadas na investigação empírica

Este conjunto de variáveis para além de nos levar à construção do questionário para o estudo em referência, permitem-nos contextualizar inferências sobre as hipóteses a elaborar, as quais pretendem dar resposta ao problema. As hipóteses subjacentes a este projeto, sendo todas elas complexas, têm como função, propor explicações para a ocorrência de comportamentos delinquentes dos adolescentes e ao mesmo tempo orientar a busca da informação. As mesmas são assim definidas:

-H1-As variáveis de contexto familiar (agregado familiar, funcionalidade familiar, comportamentos desviantes na família, estado sócio económico, estilos parentais), influenciam os comportamentos delinquentes em adolescentes; -H2- O contexto escolar (disrupção escolar, agressão aos colegas, agressão aos símbolos da autoridade escolar, número de reprovações e assiduidade), influenciam os comportamentos delinquentes em adolescentes; -H3-Existe um efeito significativo das variáveis sociodemográficas (idade, sexo, naturalidade, número de irmãos, posição na frataria, local de residência), nos comportamentos delinquentes em adolescentes; -H4- Existe um efeito de interação entre as variáveis sociodemográficas, familiares e contexto escolar na predição dos comportamentos delinquentes em adolescentes.

A inclusão das variáveis sócio - demográficas (idade, sexo, naturalidade e residência) prendeu-se com as seguintes razões: não têm sido sistematicamente consideradas neste domínio; são consideradas na literatura como podendo intervir diretamente na adoção dos comportamentos delinquentes em adolescentes e permitirem uma análise mais alargada dos resultados obtidos.

3.1 Desenho da investigação

Delinearemos um estudo de tipo quantitativo, transversal e procederemos a uma pesquisa que obedeça a um desenho característico de um estudo não experimental (Pedhazur & Schmelkin,1991), também designado por estudo pós-facto (Kiess & Bloomquist,1985), ou estudo correlacional e de observação (Gil,1995), dado que no estudo não há manipulação de variáveis independentes e com ele se pretende efetuar a descrição das características da amostra, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis.

Deste modo, a pesquisa em referência já vai ser suportada por um conhecimento teórico recolhido em bibliografia específica sobre a adolescência e os comportamentos delinquência em adolescentes, que à priori, nos permitiu identificar as variáveis a analisar e detetar relações entre as mesmas.

3.2 População

Várias razões estão subjacentes à opção por uma população de adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e 16 anos e não de indivíduos de uma outra faixa etária.

Um dos interesses havidos será averiguar a evolução de processos ligados ao desenvolvimento. Uma outra razão, já inicialmente referenciada, terá fundamento no facto do período da adolescência ser identificado como uma fase crítica em comportamentos delinquentes, tendo em vista a quantidade de mudanças desenvolvimentais e o culminar deste período no jovem adulto, uma fase de consolidação de muitos comportamentos de risco (Crockett & Peterson,1993; Millstein et al., 1993). Por outro lado, a opção de se recorrer a adolescentes, a frequentar o 7º,8º e 9º ano de escolaridade, prende-se: -ao facto da delinquência juvenil ser definida pela prática, por indivíduos comprovadamente menores, com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos, de facto qualificado pela lei de crimes, nos termos previstos pela Lei Tutelar Educativa (Lei nº 166/99 de 14 de setembro); -as evidências de resultados de investigações realizadas apontarem este período da

adolescência como início da atividade delinquente (Negreiros, 2008). Segundo dados do Relatório Anual de Segurança Interna de 2009, a criminalidade juvenil (cometida por menores de 16 anos) aumentou 10% comparativamente ao ano precedente (Gabinete do Secretário Geral, 2010). Por tais razões e outras de interesse pessoal e profissional, optou-se por uma população de adolescentes em escolarização. Concretamente, definiu-se a população formada por alunos adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos de ambos os sexos, a frequentar o 2º ciclo no Concelho de Viseu num total de cerca de 4000 alunos.

3.2.1 Amostra

Importava que o número de selecionados viabilizasse as análises estatísticas subsequentes, que o fizesse de um modo consistente e que a seleção dos sujeitos fosse feita o mais aleatoriamente possível. Neste contexto, a seleção da amostra, seguirá o método de amostragem probabilístico por agrupamento (os sujeitos da população constituem grupos naturais: escolas e turmas). Mais especificamente, irá proceder – se à seleção aleatória das escolas, quatro em cada área (rural versus urbana). Em cada um dos estabelecimentos de ensino selecionados, efetuar-se um sorteio de 2 turmas por ano escolar (7º, 8º e 9º ano) e não de sujeitos considerados individualmente, isto é, as turmas a avaliar serão retiradas ao acaso de entre as turmas existentes.

Considera-se como requisitos necessários à inclusão dos sujeitos no estudo idade compreendida entre os 12 e os 16 anos e a não apresentação de necessidades educativas especiais. Uma vez efetuado o processo de seleção, a amostra ficará constituída por cerca de 800 adolescentes que frequentem, como já referenciado o 7º, 8º e 9.º ano de escolaridade em escolas do Concelho de Viseu.

3.3 Procedimento de Recolha de Dados

A metodologia utilizada na recolha de dados será idêntica em todas as escolas que integrarem o estudo. Com vista a obter autorização superior para a administração dos instrumentos de avaliação, é nossa intenção fazer o registo no site: mime.gepe.min-edu.pt/entidaderegisto.aspx, para obtenção da autorização da realização de questionários dirigidos às escolas do ensino público. Posteriormente, contactar pessoalmente com os Conselhos Executivos das escolas sorteadas. A ambos será explicitado o objetivo do estudo, apresentados os instrumentos de avaliação e solicitada colaboração para a concretização da investigação.

Pretendemos também agendar uma reunião com os Conselhos Executivos, afim de: informar da necessidade de cedência de tempos letivos por parte dos professores; esclarecer o processo seguido na seleção das turmas; solicitar autorização aos Conselhos Pedagógicos e Associações de Pais. No período em conformidade com o cronograma, procederemos à aplicação dos instrumentos, em situação de ambiente natural (salas de aula), à amostra selecionada por o processo atrás descrito. A participação pretende-se que seja voluntária, sendo estabelecido, à priori, a garantia da confidencialidade dos dados pessoais, referindo-se que todos os dados serão trabalhados e tratados como números, e que os mesmos serão facultados aos interessados.

Na aplicação dos instrumentos serão tidos em conta normas e cuidados específicos que se passam a relatar. Uma preocupação será a de se atender ao eventual efeito de determinadas variáveis intervenientes. Mais especificamente, as variáveis controlo serão as seguintes:

-Sexo do investigador: os instrumentos serão administrados pelo autor do presente trabalho; -Hora do dia: o número de turmas que responderá aos questionários durante a manhã deverá ser sensivelmente igual ao que responder à tarde; -Motivação: será indicado que todos aqueles que não

desejarem colaborar podem retirar-se. Inicialmente será lida uma contextualização do estudo, apresentando o objetivo principal da investigação e informando os adolescentes de que se garante a total confidencialidade nos resultados; -Ordem dos instrumentos: No começo da folha de respostas, encontram-se algumas perguntas destinadas a recolher os elementos de identificação.

Os autores dos instrumentos recomendam que, quando se passam as escalas a sujeitos no seu ambiente escolar, se informem os mesmos de que se manterá o seu anonimato em relação aos professores e aos companheiros, sugestão que será tida em consideração. Uma vez na sala de aula, será lida aos alunos (adolescentes) uma nota de esclarecimentos sobre o modo de preenchimento dos instrumentos e expressa a importância da sinceridade nas suas respostas. Os instrumentos serão distribuídos de imediato, pedindo aos sujeitos que comessem por responder às questões colocadas nas páginas iniciais, destinadas a recolher elementos relativos a variáveis de identificação. Todas as perguntas de esclarecimentos de significado/conteúdo de algumas palavras/frases serão respondidas. Após terminarem, os questionários serão recolhidos, agradecendo a colaboração prestada.

3.4 Operacionalização da Variáveis

A perspectiva fenomenológica em que se insere o trabalho, bem como as considerações apresentadas aquando da revisão teórica relativa à avaliação das variáveis em apreciação, levaram não apenas a optar pelo método de autoresposta, pois é o mais adequado ao estudo das variáveis da presente investigação, como também a preferir os instrumentos com escalas de resposta tipo Thurstone ou Likert, e ainda a utilizar instrumentos que fossem aplicáveis a adolescentes, pois serão estes os sujeitos da amostra utilizada. É, de referir que a par de todos os instrumentos utilizados serão elaboradas algumas questões (idade, sexo, área de residência, posição na frateria, etc.) que viram a incorporar uma Ficha Demográfica. Os instrumentos a utilizar para a mensuração das variáveis, são de forma resumida os referenciados no Quadro-2.

Quadro-2: Operacionalização das Variáveis

<i>Variáveis Sócio-Demográficas:</i>	<i>Variáveis de Contexto Parental</i>	<i>Variáveis de Contexto Escolar</i>
Idade (a)	Agregado familiar (a)	Disrupção Escolar (d)
Sexo (a)	Funcionalidade familiar (c)	Agressão aos colegas (d)
Naturalidade (a)	Comportamentos desviantes na	Agressão aos símbolos da autoridade
Numero de irmãos (a)	família (f)	escolar (d)
Posição na frateria (a)	Estado sócio económico (b)	Número de reprovações(a)
Residência (a)	Estilos parentais (e)	Assiduidade (d)
		Interesse pela escola (d)

(a)-Ficha Demográfica;
(b)-Escala de Grafar-(Sitkewich & Grunberg,1979);
(c)-Escala de Apgar-(Smilkstein (1978, cit. in Martins,2003)
(d)-Escala de Disrupção Escolar Professada pelos Alunos-(Veiga, Feliciano,1995)
(e)-Questionário de Ligação Parental forma Adolescentes-(Baptista, Negrão, Lory, Carvalho 1997)
Escala de Grafar-(Sitkewich & Grunberg,1979)

3.5- Previsão do Tratamento dos Dados

No tratamento pretendemos seguir a seguinte cronologia: -análise de todos os questionários no intuito de eliminarmos aqueles que porventura se encontrem incompletos ou mal preenchidos; - codificação de todas as respostas; -elaboração da folha de códigos de cada questionário em relação

às variáveis; -introdução da informação no computador; -contagem marginal, reagrupando possíveis dados isolados; -verificação das hipóteses e análise fatorial porque se pretende construir uma tipologia dos jovens delinquentes do Concelho de Viseu. Todo o tratamento estatístico será efetuado através dos programas Excel e SPSS (STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCE) 17.® para o WINDOWS®.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No âmbito do presente artigo não é possível contextualizar/apresentar qualquer resultado, dado que o enquadramento processado neste artigo subentende um projecto de investigação que irá ser desenvolvido a curto prazo. Contudo, é nosso propósito fazer uma análise de modo minucioso pondo em confronto os resultados com as hipóteses com os objetivos e estes com o problema. É uma parte de reflexão, de ligação de todos os dados recolhidos. Esperamos que os mesmos influenciem algumas decisões, projetos, programas dentro da área da delinquência juvenil.

Para isso, é nosso propósito que os dados colhidos consigam responder aos objetivos do estudo e à confirmação ou não das hipóteses. Assim, a interpretação comportará por um lado, a explicação do fenómeno da delinquência Juvenil visiense à luz das influências de algumas variáveis relacionadas com as funções educacionais dos pais e da escola, e por outro, a generalização se possível a toda a população Visiense. Para que possamos fazer esta análise é pretensão nossa observar a presença de um nexo entre a variável dependente e as variáveis independentes do nosso estudo.

Esperamos que os resultados desta pesquisa nos leve a descobrir novos elementos teóricos e dar significado aos já existentes, a aprofundar o conhecimento, construindo sínteses que ligam as diferentes aspetos do fenómeno, reconhecendo no final a intensidade das variáveis e a sua capacidade em explicar o fenómeno, de forma a deixar contributos empíricos para futuras estratégias orientadas para a prevenção dos comportamentos delinquentes em adolescentes Visienses, sustentadas pela elaboração de manuais de boas práticas.

5. CONCLUSÃO

A intervenção em adolescência no que se refere à prevenção da delinquência juvenil, de uma maneira geral é realizada por instituições onde os adolescentes são acolhidos (Associações, Estabelecimentos de Ensino, entidades Locais, etc.).

O Contrato Local de Segurança de Viseu, nos seus objetivos, incorpora reduzir os índices de criminalidade e prevenir a delinquência juvenil no Concelho. Neste propósito contempla os projetos “Um dia na prisão”, “Aprender a ser” e “Checkin Drive”, possui um protocolo com a Escola Superior de Educação de Viseu. No qual prevê o desenvolvimento de estágios curriculares e projetos do Contrato Local de Segurança de Viseu, em parceria com os alunos dos Cursos do 1º e 2º ciclo, ministrados nesse estabelecimento de ensino, em áreas que possam contribuir para o desenvolvimento e implementação do referido contrato.

Os projetos proferidos não abrangem a população “delituosa”, mas sim de risco, a qual está, naturalmente, submetida a “pressões” precoces, as quais são suscetíveis de influenciar os comportamentos relacionados com a delinquência. A ênfase dada nestes projetos recai somente no indivíduo, e tem como finalidade desenvolver as suas competências pessoais e sociais. Mas a delinquência juvenil pode apresentar-se sob várias formas de inadaptação ou de perturbação do comportamento, que não dependem somente das características internas do indivíduo

(desenvolvimento/organização psicológica), mas também do nível de influências externas (Rutter, 2000).

É nosso propósito concretizar num futuro próximo o estudo planeado por este projeto. Os resultados serão facultados às várias entidades locais de forma a fundamentarem um maior entendimento e a apostarem nas estruturas familiares e escolares, no que se refere à iniciação e prevenção dos comportamentos em adolescentes.

Os dados a encontrar, ao fornecerem novos elementos informativos sobre a problemática inerente à iniciação delituosa, assim como da relação da estrutura escolar e/ou familiar com os comportamentos delinquentes em adolescentes, é nosso designo promover ciclos de formação e projetos (competências parentais, Gabinetes de apoio a alunos e professores) a longo prazo nessas estruturas educativas, em parceria com as identidades locais, que visem desenvolver competências parentais e escolares e constituir um manual informativo/formativo referente a esta problemática.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) CHAMBERLAIN, P., (1999). Residential care for children and adolescents with oppositional defiant disorder and conduct disorder. In H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders* pp. 495-506. New York: Kluwer Academic;
- (2) CROCKETT, L. J., & PETERSEN, L., (1993). Adolescent development: Health risks and opportunities for health promotion. In S.G. Millstein, A.C. Petersen & E.O. Nigtingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century*. pp.13-37 Oxford: Oxford University Press;
- (3) DONOHEW, R. L.; HOYLE, R. H.; CLAYTON, R. R.; RIKNER, W. F.; COLON, S. E. & RICE, E., (1999). Sensation seeking and drug use by adolescents and their friends: Models for marijuana and alcohol. *Journal Study of Alcohol*, v. 60, pp. 622-63;
- (4) DORNBUSCH, S.; ERICKSON, K.; LAIRD, J. & WONG, C., (2001). The Relation of Family and School Attachment to Adolescent Deviance in Diverse Groups and Communities. *Journal of Adolescent Research*, 16(4), pp.396-422. Retrieved from PsychINFO: doi: 10.1177/0743558401164006;
- (5) FERREIRA, P. M., (1997). Delinquência juvenil, família e escola, *Análise Social*, XXXII (143), pp. 913-924;
- (6) FERREIRA, P. M., (2000). *Desvio e Juventude: Causas Sociais da Delinquência Juvenil*, Lisboa, ISCTE (dissertação de doutoramento);
- (7) FIGUEIREDO, D. J. & COSTA A., M. (1997). *Criminologia: O Homem Delinquente e a Sociedade Criminógena*. Coimbra: Coimbra Editora;
- (8) FONSECA, A. C., (2000). A prevenção da delinquência juvenil: Intervenções baseadas na escola. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXIX(3), pp. 135-164;
- (9) FORTIN, M., (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência;
- (10) FRANCISCO, M. V. & LIBÓRIO, R. M. C., (2009). Um Estudo sobre Bullying entre Escolares do Ensino Fundamental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (2), pp. 200-207;
- (11) GABINETE DO SECRETÁRIO GERAL, (2010). *Relatório Anual de segurança Interna 2009*. Página consultada no dia 2 de Fevereiro de 2011, disponível em <http://www.mai.gov.pt/data/actualidades%20destaques/destaques/2010/RASI%202009%20-%20PCM%2025MAR.%20%28Versao%20definitiva%29.pdf>;

- (12) GATTAZ, W. F., (1998). Violência e doença mental: Fato ou ficção? *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 25, pp. 145-147;
- (13) GIL, A. C., (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas,
- (14) HENGGELE, S.; SCHOENWALD, S. K.; BORDUIN, C. M.; ROWLAND, M. D. & CUNNINGHAM, P. B., (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York. The Guilford Press;
- (15) HUMAN CAPITAL INITIATIVE COORDINATING COMMITTEE (1997). *Reducing violence: a research agenda*. APS Observer (Special Issue), Report 5, pp. 1–24.
- (16) KIESS, H. O. & BLOOMQUIST, D. W., (1985). *Psychological research methods: A conceptual approach*. Boston: Allyn and Bacon;
- (17) LEI nº 166/99 DR-I-A, 215 de 14/9/99: 6320. Lei tutelar educativa;
- (18) LIPSEY, M. L. & DERZON, J. H., (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research, In R. Loeber & D. Farrington, *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions* (pp. 86-105). Thousand Oaks, CA: Sage;
- (19) LOURENÇO, A., (2009). *Disrupção Escolar no 3.º Ciclo do Ensino Básico: Influência do Ambiente Psicossociológico da Sala de Aula*. Trabalho de Pós-Doutoramento, não publicado. Porto. Universidade Fernando Pessoa;
- (20) NEGREIROS, J., (2008). *Delinquências Juvenis. Trajectórias, intervenção e prevenção*. Porto: Legis Editora;
- (21) NEGREIROS, J.; SIMÕES, C.; GASPAR, T. & MATOS, M. G., (2009). Populações em risco e tipos de intervenção, em H. C. Filhos e C. Ferreira-Borges (org.), *Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar: Violência, Bullying e delinquência*, Vol.III, (pp.55-95), Lisboa, GDP e IEFP;
- (22) PAIVA, M. O. A., (2009). *A Dinâmica do Autoconceito na Disrupção Escolar: Um estudo com alunos do 3.º Ciclo do Ensino Básico*. Trabalho de Pós-Doutoramento, não publicado. Porto. Universidade Fernando Pessoa;
- (23) PEDHAZUR, E.J. & SCHMELKIN, L., (1991). *Measurement, design and analysis: An integrated approach*. New Jersey, NJ: Lawrence Earlbaum Associates;
- (24) PINHEIRO, M. I. S.; HAASE, V. G.; DEL PRETTE, A.; AMARANTE, C. L. D. & DEL PRETTE, A. A. P., (2006). Treinamento de habilidades sociais e educativas para pais de crianças com problemas de comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), pp. 407-414;
- (25) SOBRAL, J.; ROMERO, E.; LUENGO, A.; MARZOA, J., (2000). Personalidad Y conducta antisocial: amplificadores individuales de los efectos contextuales *Psicothema*, v. 12, n. 4, pp. 661-670;
- (26) TREMBLAY, R.; LEMARQUAND, D. & VITARO, F., (2000). A prevenção do comportamento anti-social. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXXIV-1, 2 e 3, pp. 491-553;
- (27) TU, A- W.; RATNER, P. A. & JOHNSON, J. L., (2008). Gender differences in the correlates of adolescents cannabis use. *Subst. Use Misuse*, 43 (10), pp. 1438-1463;
- (28) VERMEIREN, R.; DE CLIPPELE, A.; DEBOUTTE, D. A., (2000). Descriptive survey of Flemish delinquent adolescents. *Journal of Adolescence*, v. 23, pp. 277- 285, 277-318;
- (29) VILLA, E. & DEL PRETTE, Z., (2005) Treinamento de Habilidades sociais em grupo com professores de crianças com dificuldades de aprendizagem: uma análise sobre procedimentos e efeitos da intervenção. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3).

DESENVOLVIMENTO DA APTIDÃO FÍSICA EM AULAS DE EF E AUTOCONCEITO CORPORAL E DE SAÚDE

DEVELOPMENT OF PHYSICAL FITNESS IN PE CLASSES AND BODY AND HEALTH SELF-CONCEPT

Artur Carvalho¹; Alves Dinis²; Anabela Pereira³

¹ Artur Carvalho / amltamartins@gmail.com

² Alves Dinis /fmh@fmh.utl.pt

³ Anabela Pereira / anabelapereira@ua.pt

RESUMO

Inúmeros estudos têm posto em evidência o papel do autoconceito corporal e de saúde nos hábitos de vida e saúde mental dos adolescentes. A promoção de estilos de vida ativos durante a adolescência tem inúmeras vantagens para essas idades e para as fases seguintes da vida. Outros estudos têm indagado sobre os efeitos da exercitação física sobre a formação do autoconceito corporal e de saúde. O presente estudo, de tipo experimental, visou caracterizar o autoconceito corporal e de saúde de pré-adolescentes, e visou, também, identificar efeitos de um programa experimental de exercícios relativamente aos mesmos processos de pensamento. Os resultados indicaram uma diminuição do autoconceito corporal à medida que a puberdade avança, vindo assim corroborar estudos semelhantes realizados noutros países. O estudo permitiu confirmar conclusões de estudos anteriores de que a diminuição no autoconceito corporal é maior no grupo feminino. O programa de exercícios físicos realizado no contexto experimental parece ter contribuído para a atenuação na diminuição do autoconceito corporal associada ao avanço pubertário. Por fim são sugeridas implicações educativas no sentido de promoção do autoconceito corporal e da saúde.

Palavras-chave: *autoconceito corporal, aptidão física, saúde, estilos de vida*

ABSTRACT

Numerous studies have made evident the role of self-concept and body health in lifestyle and mental health of adolescents. The promotion of active lifestyles during adolescence has numerous advantages for these ages and into the next phase of life. Other studies focused to study about the effects of physical exercise in the formation of self and body health. This experimental study, aimed to characterize the self-concept and body health of preteenagers, and sought also to identify the effects of an experimental program of exercises for the same thought processes. The results indicated a decrease of self-concept body as puberty progresses, coming so corroborate similar studies performed in other countries. The study allowed confirming conclusions from previous studies that the decrease in body self is greater in the female group. The exercise program performed in experimental context seems to have contributed to the attenuation in the decrease of

self body associated with the advance puberty. Finally educational implications are suggested in order to promote self-concept and body health.

Keywords: *body self-concept, physical fitness, health, life styles*

1. INTRODUÇÃO

A temática do autoconceito foi inicialmente explorada por filósofos e teólogos. Nos anos 40 do séc. XX o conceito começa a suscitar algum interesse para o estudo científico nos domínios da psicologia e sociologia (Simões, 1997). De uma forma sucinta pode-se entender como o conjunto de percepções, representações, atitudes ou crenças que a pessoa tem acerca de si mesmo.

O conhecimento do autoconceito como construto estruturado, e a identificação das suas componentes, têm uma génese relativamente recente, tendo sido especialmente desenvolvidos em contextos psicoterapêuticos e educativos.

William James (1890), um dos primeiros estudiosos do autoconceito sob o ponto de vista psicológico, identificou duas componentes com que o indivíduo se identifica e se caracteriza: o “Eu” no original “*The I*” e o “Mim”, no original “*The me*”. O *The I* refere-se ao Eu conhecedor que organiza e interpreta de forma subjetiva a experiência individual. O *The me* (o Mim) representa o Eu com características materiais (corpo, família e bens), características espirituais (estados de consciência, faculdades psíquicas) e pelas características sociais (relações, papéis, personalidade).

Gottfredson (1985) encontra também uma dualidade associada ao autoconceito que define como “uma constelação de percepções e avaliações que as pessoas fazem de si próprias”. A dualidade consiste na consideração de duas dimensões do autoconceito designadas por: identidades e autoestima. As identidades refletem as percepções e crenças pessoais acerca de si próprio enquadrado num contexto social, que envolve o indivíduo em papéis como o de pai, filho, esposo, amigo, profissional, ou outras. Estas percepções condicionam o indivíduo nas suas ações influenciando por exemplo a sua motivação para a realização de muitas tarefas da vida quotidiana e profissional. Por outro lado a autoestima é entendida como resultado da avaliação que o indivíduo faz de si próprio no desempenho de papéis e tarefas (Vaz Serra, 1988).

Peixoto (2003) que traduz essencialmente a perspetiva da corrente cognitivista da psicologia, distingue também duas componentes principais sobre a autoavaliação do indivíduo – *self* -: O autoconceito, que corresponde a uma avaliação de carácter cognitivo, e a autoestima que corresponde a uma avaliação de carácter afetivo.

Outro aspeto importante sobre o conceito e construto de “autoconceito” é-nos trazido por Shavelson, Hubner, & Stanton (1976) que realçam especialmente dois aspetos: a multifatorialidade e a estrutura hierárquica que preside à interação dos fatores ou componentes.

De acordo com este modelo basilar que tem servido como um dos modelos mais estudados e aprofundados até aos nossos dias, com a pecha de na sua grande maioria os estudos se reportarem apenas a amostras de crianças e jovens, no topo da hierarquia está o autoconceito geral que se subdivide no nível imediatamente inferior em autoconceito académico e autoconceito não académico.

O autoconceito académico subdivide-se em autoconceitos mais específicos relacionados com matérias ou disciplinas. Por sua vez o autoconceito não académico subdivide-se em autoconceito social, autoconceito emocional e autoconceito físico.

Os investigadores (Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976) associam o construto ou a componente autoconceito físico como resultado da percepção de sub-componentes como a aparência física, a habilidade motora e o estado de saúde.

Por sua vez, a aparência física, pelo menos em jovens, surge como a componente principal do construto autoestima (Neemann & Harter, 1986), determinada por autoconceitos específicos aos quais o indivíduo atribui muita importância. E a autoestima é identificada como muito influente do autoconceito geral.

Outro aspeto a destacar é a estabilidade e instabilidade do autoconceito individual. Com resultados controversos sobre o assunto, é quase consensual a alteração do autoconceito em função da idade, das experiências vividas e das aprendizagens, mas com tendência para a estabilização na fase adulta (Hattie, 1992). Para Simões (1997) o autoconceito evolui com a idade, tornando-se mais específico e diferenciado. Para Marsh, Barnes, Cairns & Tidman (1984) o autoconceito resulta de um processo construtivo para o qual contribuem: experiências do indivíduo com o meio, interações com outras pessoas significativas como os pais, professores e pares, atribuições (avaliações, considerações) que o próprio faz relativamente aos seus comportamentos.

Vaz Serra (1988) salienta na linha de Wylie (1979) e Song & Hattie (1984) o papel da família como mediadora das influências sócio-culturais (género, raça, estatuto sócio-económico, ...), na formação do autoconceito. Este autor verificou que a tolerância e aceitação por parte dos pais são dos fatores mais influenciadores de um autoconceito positivo.

Por outro lado, os divórcios, pais muito críticos e/ou com expectativas para os filhos muito discrepantes da avaliação que fazem da realidade, são fatores que se associam a um mau desenvolvimento do autoconceito.

Simões (1997, 205), acentua o papel do meio escolar na formação do autoconceito, e a grande relação entre vivência da corporalidade e desenvolvimento do autoconceito, nesse sentido sugere-se que precocemente, já no jardim de infância, se proporcione à criança uma vasta experiência, no sentido de lhe permitir um conhecimento profundo do seu próprio corpo e do meio, para que ela possa, de uma forma progressiva, proceder à aquisição da confiança e autonomia. Quando a criança não tenha passado pela Educação Pré-escolar no 1.º ciclo, “nomeadamente no 1.º ano de escolaridade devem insistir em experiências ligadas ao corpo, à motricidade, sobretudo à motricidade fina, que é essencial para o domínio da escrita” (*idem, ibidem*).

Este trabalho deve, segundo a autora, ser um objetivo valorizado e trabalhado ao longo de outros ciclos de ensino, pois é tão, ou mais importante, que objetivos específicos de qualquer disciplina. A atenção dos professores deve ser constante. Os professores do 1.º, 2.º e 3.º ciclos “devem conjugar esforços para a promoção do autoconceito dos seus alunos, tendo presente que eles foram construindo diferentes autoconceitos (gerais e escolares), que tanto podem ser positivos como negativos” (Simões, 1997, 206).

Holland & André (1987) e Gomes (2004, 44) destacam a relação que se pode estabelecer entre a prática desportiva de crianças e adolescentes e a construção da identidade. “O envolvimento dos jovens em programas desportivos, em especial em desportos individuais, proporciona-lhes o acesso ao discurso que relaciona o corpo com a sua identidade”. Sobre a importância do autoconceito na vida das crianças e dos adultos, Erthal (1986) considera que o autoconceito é ponto de partida e quadro de referência de cada pessoa, na sua tarefa fundamental de organizar e coordenar os seus comportamentos. Sendo, também, considerada como variável mediadora e associada a características pessoais como a ansiedade, o *locus* de controlo e expectativas positivas do sucesso em contexto escolar.

Especialmente importante para os professores e com aplicação plena à disciplina de EF, no caso específico do autoconceito escolar, “as percepções e avaliações pessoais negativas produzem uma diminuição do esforço, da motivação e da persistência nas tarefas escolares limitando os seus níveis de realização. As tarefas escolares são abordadas, sem confiança, com relutância, desprazer ou mesmo insatisfação. O aluno manifesta muitas vezes comportamentos de isolamento, passividade ou apagamento pessoal” (Simões & Vaz Serra, 1987, 237).

De acordo com o modelo hierárquico de Shavelson & *col.*, (1976), o construto do autoconceito corporal inclui diversas sub-componentes como: a aparência física, muito associada à atratividade pessoal, de grande influência na capacidade relacional; a capacidade e habilidade motora, geralmente associadas às capacidades desportivas; o estado de saúde, também fator de atratividade ou repulsa nas interações sociais.

Das componentes do autoconceito físico a aparência física muito associada à atratividade pessoal e identidade, verificou-se que na adolescência este subcomponente é mais influenciadora do autoconceito no género feminino do que no género masculino.

Claes (1990, p. 81) salienta que a avaliação da atração física subjetiva apresenta uma relação com a representação de si, sendo mais forte para as raparigas do que para os rapazes. Refere ainda que “a adolescente que se julga fisicamente pouco sedutora desenvolverá essa estima de si negativa a outras zonas da representação de si; o rapaz, por outro lado, diferencia facilmente estes aspetos, pode considerar de modo negativo a sua imagem corporal e estimar-se no plano social ou intelectual”.

Tendo em consideração a pertinência da temática e os reduzidos estudos na área, pretendemos com este trabalho estudar a relação entre aptidão física e o autoconceito e o autoconceito corporal e da saúde.

2. MATERIAL E MÉTODOS

No contexto de uma investigação mais abrangente sobre os efeitos das aulas de EF e de um programa de treino específico, realizámos o presente estudo prático de tipo experimental (Almeida & Freire, 2000), com grupos de pesquisa de controlo e experimental, organizados de forma aleatória, equivalentes, com avaliação inicial da totalidade da amostra, aplicação de programa experimental ao grupo experimental e avaliação final dos dois grupos.

Parte-se do pressuposto de que o autoconceito corporal influencia favoravelmente a autoestima e o autoconceito geral que são fatores de bem-estar, e, quando associados a uma boa aptidão física, são fatores de saúde física e mental. O interesse e objetivos imediatos do presente estudo são a procura de respostas para questões como: o acréscimo do treino físico, realizado com o intuito de melhorar a aptidão física dos alunos, influencia os seus pensamentos e sentimentos relativos à corporalidade, nomeadamente o seu autoconceito corporal e de saúde? Se influencia, a influência é positiva ou negativa? A influência tem impacto semelhante nos dois grupos de género?

Amostra

Trata-se de uma amostra de conveniência de que fizeram parte todos os alunos de três turmas do 2.º ciclo do Ensino Básico de uma Escola de Penela (*cf.* quadro 1), que se voluntariaram para o efeito e obtiveram consentimento dos respetivos encarregados de educação e do Ministério da Tutela. A idade decimal média do total da amostra correspondeu a 10,9 anos de idade de ambos os géneros.

Quadro n.º 1 – Número de indivíduos das amostras utilizadas nas avaliações inicial e final no estudo.

	Avaliação inicial					Avaliação final				
	Grupos de género		Grupos de pesquisa		Total	Grupos de género		Grupos de pesquisa		Total
	M	F	C	E		M	F	C	E	
Estudo	29	22	25	26	51	24	14	18	20	38

Grupos de género: M - masculino, F – feminino; Grupos de pesquisa: C - controlo, E - experimental.

Instrumentos

O instrumento utilizado para a recolha de dados foi a Escala de Autoconceito e Saúde – EACS (Martins de Carvalho, 2007). A seleção do tipo de instrumento resultou do encontro de vários aspetos, por um lado a valorização no contexto global da investigação do modelo das escalas aditivas, por outro lado a conjugação do modelo unidimensional associado ao “construto” em estudo com o modelo multidimensional associado às componentes do construto selecionadas à priori e não após estudo fatorial (Moreira, 2004).

A escala EACS é composta por 4 subescalas cada uma relativa a uma dimensão específica ou categoria. A cada categoria corresponde um número específico de questões:

- Apreciação geral da saúde;
- Perceção da estética corporal;
- Perceção do comportamento postural;
- Perceção de dimensões corporais associadas a aspetos estéticos, de saúde como o caso particular da obesidade, e indicadores de crescimento e maturação biológica.

No seu conjunto o questionário é constituído por 13 questões, tendo sido realizadas todas as etapas de validação prévia dos instrumentos (Moreira, 2004).

Plano de pesquisa

O plano de pesquisa, seguiu um modelo simples de plano experimental que incluiu uma avaliação inicial de pré-teste, uma fase de aplicação do programa experimental de exercícios ao grupo experimental e uma terceira fase de avaliação final ou de pós-teste. Para assegurar a randomização dos grupos de pesquisa, subdividiu-se a amostra de forma aleatória e estratificada por turma e género, em grupo de controlo e grupo de pesquisa.

A recolha inicial de dados realizou-se em janeiro, no início do segundo período escolar, e a recolha de dados da avaliação final procedeu-se no final de maio e início de junho, logo após terminada a última semana de aplicação do programa experimental no grupo experimental.

O programa experimental de exercícios consistiu na realização de exercícios de treino de flexibilidade, força, velocidade e resistência, realizados nos últimos 8 minutos de aula. Enquanto parte da turma (grupo experimental) realizava os exercícios orientados pelo seu professor de EF, os restantes alunos da turma (grupo de controlo) respondiam a um questionário sobre o esforço realizado na aula e arrumavam o material utilizado.

A recolha de dados através do preenchimento do questionário EACS ocorreu em sala de aula, no início de uma aula de EF com dois tempos letivos. Os dados recolhidos foram registados numa folha de cálculo do programa Excel, sendo depois transferidos para base de dados do programa SPSS 12. No que se refere ao tratamento dos dados, utilizou-se o programa informático já referido e as instruções para aplicação dos vários procedimentos estatísticos utilizados correspondem ao que é proposto por Pestana & Gageiro (2003).

No tratamento dos dados recolhidos primeiramente procedeu-se a uma caracterização descritiva dos resultados, comparando de seguida os resultados dos dois grupos de pesquisa para avaliar da sua equivalência através do teste t para amostras independentes, e aplicando-se o teste t para amostras emparelhadas na comparação dos resultados das avaliações iniciais e finais.

Por último, observaram-se as condições de aplicação da análise da covariância ANCOVA (Pestana & Gageiro, 2003), e através da aplicação desta técnica, procedeu-se à análise dos efeitos do programa experimental, tendo em conta o efeito dos resultados da avaliação inicial.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados descritivos revelaram que relativamente à componente de perceção de saúde os inquiridos apresentaram uma perceção de saúde elevada com valor modal quase máximo. Um grupo restrito, e só de rapazes, considerou-se como muito pouco saudável.

Na componente estética o grupo masculino demonstra uma apreciação muito elevada do seu corpo, e a diferença para o grupo feminino é também marcante na apreciação da beleza corporal. Ambos os grupos de género consideram os seus corpos muito proporcionados e sem deformidades.

Também em relação à postura os resultados são muito positivos e mantém-se uma avaliação menos positiva no grupo feminino.

Em relação à perceção da adequação das dimensões do seu corpo à sua idade revelou-se alguma insatisfação dos rapazes com o menor desenvolvimento do peso corporal e da musculatura dos braços. Mais de 50% das raparigas expressam ter gordura excessiva e peito superior ao normal para a sua idade. Comparando os resultados obtidos na avaliação inicial com os resultados obtidos na avaliação final, em termos gerais, verificou-se alguma constância de resultados nos itens, mas foi evidente uma tendência para diminuição na avaliação final dos valores médios de cada um dos itens. Trata-se de um resultado previsível à luz dos conhecimentos apresentados na revisão bibliográfica prévia ao estudo. Entre os 10 e os 15 anos é de esperar uma diminuição progressiva da autoconfiança relacionada com o próprio corpo.

Quadro n.º 2 – Autoconceito corporal e de saúde; diferença entre avaliação inicial e final por grupo de pesquisa.

Item	Grupo de controlo						Grupo experimental					
	N	Média av. inicial	Média av. final	Dif. Af.-Ai.	Teste t (amost. relacionadas)	Sig. (2-tailed)	N	Média av. inicial	Média av. final	Dif. Af.-Ai.	Teste t (amost. relacionadas)	Sig. (2-tailed)
1	14	8,6	8,5	-0,1	,322	,752	20	8,8	8,2	-0,6	,930	,364
2	14	9,1	8,0	-1,1	1,852	,087	20	8,7	8,6	-0,1	,525	,606
3	14	8,7	8,6	-0,1	,273	,789	20	8,4	8,8	0,4	,907	,376
4	14	8,6	8,5	-0,1	,094	,926	20	8,3	8,4	0,1	,240	,813
5	14	8,7	7,6	-1,1	2,280	,040	20	7,9	7,4	-0,5	1,009	,326
6	14	8,4	7,5	-0,9	2,008	,066	20	8,9	7,8	-1,1	2,058	,054
7	14	8,4	7,8	-0,6	1,800	,095	20	8,8	8,1	-0,7	1,154	,263
8	14	7,8	7,4	-0,4	,597	,561	20	8,1	7,6	-0,5	,930	,364
9	14	8,3	8,3	-	,000	1,000	20	8,2	8,1	-0,1	,261	,797
10	14	6,8	8,1	1,3	-1,336	,206	20	8,2	8,2	-	,064	,949
11	14	8,0	7,1	-0,9	2,144	,053	20	7,1	7,0	-0,1	,097	,924
12	14	7,5	6,8	-0,7	,762	,461	20	8,1	7,9	-0,2	,153	,880
13	7	8,0	7,1	-0,9	1,162	,289	20	9,7	9,3	-0,4	,542	,611
14	6	6,5	8,3	0,5	-1,065	,335	13	8,3	8,0	-0,3	,331	,746

1 – saúde; 2 – gosto do corpo; 3 – equilíbrio de proporções entre partes do corpo; 4 – partes defeituosas do corpo; 5 – beleza do meu corpo; 6 – postura das costas; 7 – postura habitual nas posições em pé; 8 – postura habitual quando sentado; 9 – postura habitual durante a marcha; 10* – tamanho corporal relativo à idade e género; 11 – quantidade de gordura corporal; 12 – tamanho dos músculos dos braços relativo à idade e género; 13 – desenvolvimento do peito, relativamente à idade e género; 14 – desenvolvimento da musculatura peitoral, relativamente à idade e género.

Atendendo a que a EACS foi construída e validada preliminarmente, compararam-se, também, os resultados obtidos com o somatório dos resultados dos itens. Verificou-se que o grupo experimental, tanto na avaliação inicial como na final, obteve médias (total da escala) superiores às obtidas pelo grupo de controlo (quadro 2). Em ambos os grupos de pesquisa, as médias foram menores na avaliação final. A diminuição dos resultados da EACS (média) foi maior no grupo de controlo (10 pontos) do que no grupo experimental (5 pontos).

Nos dois momentos de avaliação, inicial e final, não se verificaram diferenças significativas entre grupos de pesquisa, mas verificaram-se diferenças significativas entre médias das avaliações iniciais e finais obtidas nos resultados por grupo de género e na amostra total, pelo que, numa análise apriorística, a diferença verificada entre avaliações inicial e final deve ser atribuída a outros fatores e não aos efeitos do programa experimental.

Para explicar as diferenças observadas entre os grupos de género relativas à comparação entre avaliação inicial e final, é possível que ela reflita o efeito de fatores como: evolução diferente do autoconceito corporal e de saúde em função do grupo de género; influência do fator maturação mais precoce nas raparigas. Tais explicações têm vindo a ser reforçadas pelos estudos realizados por Vasconcelos (1995) e Vaz Serra (1988).

Pormenorizando o efeito do fator controlado, o programa de treino, principal objetivo do estudo, e que no essencial pretendia averiguar se seria o programa experimental de exercícios capaz de induzir alterações na perceção que crianças e adolescentes fizeram do seu corpo e consequentemente no seu autoconceito corporal e de saúde, os resultados do tratamento estatístico com a aplicação da análise da covariância, (ANCOVA) apontaram para a ausência de efeitos do programa experimental de exercícios ($F = 0,382$ e $Sig. = 0,788$).

As diferenças de autoconceito entre grupos de pesquisa, experimental e de controlo, não foram significativas, confirmando-se a grande influência dos resultados observados na avaliação inicial, e nos resultados obtidos na avaliação final. Também investigações realizadas em contextos de promoção da saúde (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005) salientam a importância dos programas de intervenção nesta área, apesar das dificuldades inerentes a este tipo de formação, tais como manutenção da motivação para o programa, adesão e persistência em terminar o mesmo e aumento de trabalho aos investigadores. O impacto global das intervenções nestas áreas tem sido evidenciado como uma mais-valia na educação para a saúde.

Quadro n.º 3 – EACS. Efeitos do programa experimental tendo em conta os resultados da covariável (avaliação inicial da EACS).

	<i>Soma de quadrados Tipo III</i>	<i>df</i>	<i>Quadrado da média</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Potência observada*</i>
Modelo corrigido	2799,136(b)	2	1399,568	9,459	,001	,967
Interceção	86,768	1	86,768	,586	,450	,115
EACS I	2719,375	1	2719,375	18,380	,000	,985
G. experimental	116,528	1	116,528	,788	,382	,138
Erro	4290,739	29	147,957			
Total	346990,000	32				
Total corrigido	7089,875	31				

*Quadro adaptado de output de SPSS 12.0; (a) Computed using alpha = ,05; (b) R Squared = ,395 (Adjusted R Squared = ,353); EACS I – Avaliação inicial da escala de autoconceito corporal e de saúde.

O modelo de interação das duas variáveis, autoconceito corporal e de saúde inicial, e programa experimental de exercícios, explicaram 35,3% dos casos (*Adjusted R Squared* = ,353).

O mesmo tipo de comparação entre grupos de pesquisa foi feito para cada um dos itens, não tendo sido verificadas diferenças significativas em nenhum dos casos. Considerando separadamente os grupos de género, os resultados foram semelhantes aos observados para o conjunto da amostra.

No grupo masculino o efeito do autoconceito inicial foi também determinante dos resultados obtidos na avaliação final e o programa experimental não induziu a diferenciação entre os grupos de pesquisa. ($F = 0,137$ e $Sig. = 0,716$). Em conjunto as duas variáveis explicaram 34,4% dos casos.

No grupo feminino as diferenças atribuíveis ao programa experimental foram maiores do que no grupo masculino, mas não foram significativas para $p \leq 0,05$ ($F = 3,133$ e $Sig. 0,107$). Em conjunto com os resultados da avaliação inicial explica 45,3% dos casos (*Adjusted R Squared* = ,453). Tais dados vieram corroborar estudos já realizados em contexto escolar português por Gomes (2004), Peixoto (2003) e Simões (1997).

4.CONCLUSÃO

Tendo em consideração que os resultados descritos foram retirados de um estudo mais abrangente, salientamos, apenas, as principais conclusões. De uma forma geral os dados indicaram, no conjunto de indivíduos que constituem a amostra em estudo, existiram ligeiras diferenças entre grupos de género relativamente ao seu autoconceito corporal e de saúde avaliado pela escala EACS, apresentada no início do estudo: sem o incremento do treino físico nas aulas de EF, as raparigas têm maior autoconceito corporal e de saúde do que os rapazes. Com incremento do treino físico nas aulas de EF desaparece a diferença entre grupos de género relativamente ao autoconceito corporal e de saúde.

Tais dados permitem valorizar a necessidade da implementação de aulas de EF nas escolas desde o primeiro ciclo, de forma a contribuir, não só para a promoção da saúde e bem-estar dos alunos, mas também para sensibilizar os mesmos da importância do autoconceito corporal a nível do desenvolvimento global do indivíduo, permitindo assim a mais fácil aceitação das alterações fisiológicas, cognitivas e socio emocionais durante a fase da adolescência inicial.

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Almeida, L. & Freire, T. (2000). Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação (2.ª ed.). Braga, Psiquilíbrios.
- (2) Claes, M. (1990). Os problemas da adolescência (2.ª edição). Lisboa, Verbo.
- (3) Erthal, T. (1986). A autoimagem: possibilidades e limitações. Revista do Arquivo Brasileiro, vol. 38.
- (4) Gomes, R. (2004). Young Bodies in Sport: Between the Ascetic «Hard Work» and the New Wave «Just do It». In R. Malina e M. J. C. Silva (Eds), Children and Youth in Organized Sports. Coimbra: Imprensa da Universidade, pp. 43-52.
- (5) Gottfredson, L. (1985). Role of self-concept in vocational theory. Journal of Counseling Psychology, vol. 32(1), 159-162.
- (6) Hattie, J. (1992). Self-concept. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- (7) Holland, A. & Andre, T. (1987) Participation in extracurricular activities in secondary school: What is known, what need to be known. Review of Educational Research, 57, 437 – 466.

- (8) James, W. (1890). The principles of psychology. [http // www .emory. edu/education /mfp/james.html](http://wwwemory.edu/education/mfp/james.html).
- (9) Martins de Carvalho, A. (2007). Educação Física e Aptidão Física de Crianças e Adolescentes Peripubertários. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.
- (10) Marsh, H., Barnes, J., Cairns, L. & Tidman, M. (1984). Self-description questionnaire: Age and sex effects in the structure and level of self-concept for preadolescent children. *Journal of Educational Psychology*, 76 (5), 940-956.
- (11) Moreira, J. (2004). Questionários: Teoria e prática. Coimbra: Almedina.
- (12) Neemann, J. & Harter, S. (1986). Manual for de self-perception profile for college students. Denver: University of Denver.
- (13) Peixoto, J. (2003). Autoestima, Autoconceito e Dinâmicas Relacionais em Contexto Escolar. Tese de doutoramento apresentada no Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho.
- (14) Pestana, M. & Gageiro, J. (2003). Análise de dados para Ciências Sociais (3.ª ed.). Lisboa, Sílabo.
- (15) Shavelson, R., Hubner, J. & Stanton, G. (1976). Self-concept. Validation of construct interpretations. *Rewiew of Educational Research*, 46, 407-441.
- (16) Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T., (2005). Educação para a Saúde. Formação Pedagógica de Educadores de Saúde. Coimbra: Edição Formasau – Formação e Saúde Lda.
- (17) Simões, M. & Vaz Serra, A. (1987). A importância do autoconceito na aprendizagem escolar. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXI, 233-251.
- (18) Simões, M. (1997). Autoconceito e desenvolvimento pessoal em contexto escolar. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXXI, 1, 2, 3, 195-210.
- (19) Song, I & Hattie, J. (1984). Home environment, self-concept and academic achievement: A causal modeling approach. *Journal of Educational Psychology*, 76, 1269-1281.
- (20) Vasconcelos, O. (1995). A imagem corporal no período peripubertário. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- (21) Vaz Serra, A. (1988). Atribuição e Auto-Conceito. *Psychologica*, 1, 127-141.
- (22) Wylie, R. (1989). The self-concept (vol. 2): Theory and research on selected topics. Lincoln: University of Nebraska Press.

INFLUÊNCIA DO ÍNDICE DE CPOD E VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL DE UM GRUPO DE ADOLESCENTES

INFLUENCE OF DMTF INDEX AND DEMOGRAPHIC VARIABLES IN LIFE QUALITY RELATED TO THE ORAL HEALTH OF A TEENAGERS GROUP

Renato Costa¹; Isabel Bica²; Luísa Aparício¹; Ana Carolina Moreira³; Ana Isabel Almeida³; Carla Silva³; Otília Andrade³; Madalena Cunha²

¹ Médicos Dentistas/ renatoa.costa@sapo.pt

² Instituto Politécnico de Viseu/ESSV / isabelbica@gmail.com; madac@iol.pt

³ Hospital Infante D. Pedro, Aveiro / anamoreira73@gmail.com; anavouzela@gmail.com; carlasilva72@gmail.com
tilobastos@gmail.com

RESUMO

Introdução: As doenças relacionadas com a Saúde Oral são normalmente crónicas, muito comuns e criam problemas importantes de Saúde Pública. Na sociedade atual, onde a aparência física é muito valorizada, a perda de um ou mais dentes implica alterações emocionais para os adolescentes, reduzindo a sua qualidade de vida. **Objetivo:** Analisar a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral dos Adolescentes e sua relação com o índice CPOD e IPS obtido por observação. **Material e Métodos:** Estudo observacional e transversal, realizado numa amostra aleatória de 212 adolescentes (55,7% sexo feminino), alunos do 3º ciclo EB e Secundário do distrito de Viseu, com idades entre 11-16 anos (M=13 anos; Dp=1.17), maioritariamente residentes na aldeia (73,5%). Efetuada caracterização sócio demográfica, aplicada a *Oral Health Impact Profile* – OHIP, (Slade 1997) e registo do Índice CPOD, por observação da cavidade oral. **Resultados:** O índice de CPO variou entre 0-13 (M=2.12; Dp=2.41). Dos jovens, 56% não tinham dentes cariados, 95,2% perdidos e 56,9% obturados. Contudo, 79,8% foram considerados de ‘Alto Risco’, enquanto 15,6% de ‘Baixo Risco’ para doença oral. Verifica-se associação positiva e significativa entre o CPOD e a *Incapacidade Física* ($r=0,439$; $p=0,003$) e OHIP Total ($\rho \text{ spearman}=0,433$; $p=0,008$), inferindo-se que a menor índice de CPOD melhor qualidade de vida nas dimensões referidas. Verificadas relações significativas entre as mães com ensino superior e as dimensões *Desconforto Psicológico* (OM= 88,53; $p=0,023$) e as mães com 3º ciclo e *Incapacidade Psicológica* (OM= 89,32; $p=0,025$). **Conclusão:** Pelos resultados pode inferir-se que a higiene oral influencia a qualidade de vida nalgumas das suas dimensões, pelo que os jovens de alto risco de cárie dentária devem ter prioridade no encaminhamento para tratamento dentário e aplicação de medidas preventivas.

Palavras-chave: Saúde Oral, Adolescentes, Qualidade de Vida, índice CPO.

ABSTRACT

Introduction: Oral Health related pathologies are very common, usually chronic and create major Public Health problems. In nowadays society where physical appearance is highly valued, the loss of

one or more teeth comprises emotional changes for adolescents, reducing their life quality. **Objective:** To analyze the Oral Health Impact Profile of Adolescents and its correlation with the DMFT and Oral Hygiene Index obtained by observation. **Material and Methods:** Observational cross-sectional study performed on a random sample of 212 adolescents (55.7% female) students of secondary schools in the district of Viseu, aged 11-16 years ($M = 13$ years; $SD = 1.17$) and mostly living in the village (73.5%). After socio demographic characterization the Oral Health Impact Profile - OHIP, (Slade, 1997) was applied and DMFT and Oral Hygiene Index registered after observation of the oral cavity. **Results:** DMFT index ranged from 0-13 ($M = 2.12$, $SD = 2.41$). 56% of the adolescents observed didn't have decayed teeth, 95.2% didn't have any tooth missing and 56.9% didn't have any fillings. However, 79.8% were considered 'High Risk' while 15.6% 'Low Risk' for oral diseases. There is a significant positive association between DMFT and Physical Disability (Spearman $\rho = 0.439$, $p = 0.003$) and Total OHIP ($r = 0.433$, $p = 0.008$), implying that the lower the rate of DMFT, the higher the quality of life in the mentioned categories. It was noticed significant relation between mothers with higher education and the categories Psychological Distress ($M = 88.53$, $p = 0.023$) and mothers with secondary education and Psychological Disability ($M = 89.32$, $p = 0.025$). **Conclusion:** It can be inferred that oral hygiene influences life quality in some of its categories, therefore young people with high risk of dental caries should be given priority in referral to dental treatment and preventive measures.

Keywords: *Oral Health, Adolescents, Quality of Life, DMFT Index.*

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é um período da vida caracterizado por inúmeras mudanças, quer a nível físico, quer a nível psicológico, em que os adolescentes necessitam de aceitação por parte dos seus colegas, amigos e do contexto sócio familiar e cultural (Bica, 2004 e 2011). As transformações causam conflitos e alterações complexas para esta fase da vida, no entanto imprescindíveis para a formação do ser adulto. Problemas de saúde que ocorram na adolescência serão fatores importantes no desenvolvimento do indivíduo adulto (Colli, 1991 Cit. por Alves e Garcia, 2007).

Segundo Goldstein (1980), a estética oral comprometida, facilmente percebida através da face, uma região sempre exposta do corpo humano, pode tornar-se um motivo de ansiedade e de isolamento. Por outro lado, um sorriso agradável e uns dentes saudáveis contribuem de forma positiva para uma maior aceitação do adolescente pela sociedade. A Imagem Corporal que o adolescente tem de si é individual, subjetiva, dinâmica e sujeita às alterações referentes ao crescimento e desenvolvimento (Bica, 2011). Na última década, vários estudos têm relacionado a Qualidade de Vida com a Saúde, assumindo que esta última engloba mais que o simples bem-estar económico e social. Na área da Medicina Dentária, no entanto, o estudo do impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida dos indivíduos é um campo relativamente recente e ainda pouco desenvolvido. Esta lacuna surge sobretudo na infância e adolescência, faixas etárias onde se impõe um esforço acrescido na promoção da Saúde Oral e na prevenção dos problemas orofaciais.

A Saúde Oral é um fator determinante da qualidade de Vida, já que o complexo craniofacial é o que nos permite ações como falar, comer, mastigar, entre outros. Para além disso, ainda nos protege contra infeções microbianas e ameaças externas (Petersen, 2003). As doenças da cavidade oral são doenças crónicas muito comuns e criam problemas importantes de Saúde Pública, devido à sua elevada prevalência, ao seu impacto nos indivíduos e na sociedade e às despesas relativas com o

tratamento (Petersen, 2003; Sheiham, 2005). Por serem de etiologia multifactorial e atenderem a razões de natureza cultural, social, biológica e ambiental, tornam-se de difícil análise e avaliação (Sheiham, 2005).

A estratégia da OMS pressupõe a prevenção e controlo destas doenças, já que o seu tratamento é bastante oneroso, tornando-o ainda mais impraticável nos países menos industrializados. As doenças orais mais prevalentes – cárie dentária e doença periodontal – são eficazmente prevenidas e controladas através de uma combinação de ações comunitárias, profissionais e individuais (Petersen, 2003). A Declaração de Liverpool sobre Promoção da Saúde Oral no século XXI, consagra a escola como uma das plataformas para a promoção da saúde, da qualidade de vida, a prevenção da doença em crianças e adolescentes e prevê o envolvimento das famílias e restante comunidade (Portugal, DGS, 2006).

O conceito de qualidade de vida é complexo e difere de indivíduo para indivíduo e de cultura para cultura sendo utilizado tanto no contexto da linguagem comum, bem como em diferentes áreas do saber. Um passo importante na história deste conceito foi a proposta da OMS para se encarar a saúde pela positiva. Desta forma, a saúde deixou de ser entendida apenas como a ausência de doença ou disfunção física para passar a ser definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Campos e Neto, 2008). Com base nesta conceção, a mensuração da saúde não mais se restringe à ausência de doença, mas envolve também outras dimensões, bem como as repercussões dos problemas de saúde na vida diária dos indivíduos. Esta preocupação tem levado à procura de indicadores que possam medir a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS). Assim, segundo esta perspetiva, QV será então definida como a perceção que o indivíduo tem da sua doença física, a capacidade de realizar determinadas tarefas, que antes de sofrer mudanças no seu estado de saúde realizava sem dificuldade (*Ibidem*). Considerando a Saúde Oral como “um componente da saúde, bem-estar e felicidade individual” a sua análise revela-se de grande pertinência, dado o impacto psicossocial negativo das patologias orais.

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) surgiu em 2005 integrado no Plano Nacional de Saúde e as suas orientações gerais definem uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde em contexto familiar e escolar, na prevenção das doenças orais e no diagnóstico precoce e tratamento dentário (Portugal, DGS, 2006). Historicamente, as medidas preventivas do desenvolvimento da cárie dentária englobam uma boa higiene oral, a otimização da exposição sistémica e tópica ao flúor, assim como a eliminação da exposição prolongada a açúcares simples na dieta (Hale et al., 2003).

A avaliação do risco em saúde oral é considerada um instrumento essencial no planeamento em saúde, para a identificação precoce dos indivíduos ou grupos potencialmente suscetíveis de desenvolverem determinadas condições patológicas. Contudo, a avaliação objetiva das doenças orais fornece, segundo alguns autores, pouca informação sobre o impacto que as doenças orais têm na QV das pessoas, tendo-se verificado que existe uma relação fraca ou moderada entre as medidas objetivas e a perceção do indivíduo. (Loker 1996, Cit. por Silva et al., 2008). Foi com base nestes pressupostos que se objetivou com este estudo analisar a qualidade de vida relacionada com a Saúde oral dos adolescentes observados, assim como avaliar o risco de desenvolvimento da cárie dentária, tendo por base a Circular Normativa de 2006 da Direção Geral de Saúde.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional e transversal, realizado numa amostra aleatória de 212 adolescentes (55,7% sexo feminino), alunos do 3º ciclo E,B da região centro de Portugal, NUTs III Dão-Lafões, com idades entre os 11-16 anos ($M=13$ anos; $Dp=1.17$), maioritariamente residentes na aldeia (73,5%). Efetuada caracterização sócio demográfica, aplicada a *Oral Health Impact Profile* – OHIP (Slade 1997), e registo do Índice CPOD e de Placa Simplificado, por exame objetivo da cavidade oral. Para a avaliação do Índice de Placa Simplificado (IPS), foi utilizado um corante revelador de placa (soluto de eritrosina) e analisadas as faces vestibulares e superfícies linguais de seis dentes pré-definidos, de acordo com os critérios de classificação de Greene & Vermillion (1964). A avaliação do risco em Saúde Oral foi realizada de acordo com as diretrizes de Avaliação do Risco em Saúde Oral da Direção Geral de Saúde (2006).

A amostragem foi aleatória simples por clusters (escolas), englobando os adolescentes que durante o ano letivo de 2008/2009, frequentavam o 7º, 8º e 9º anos de escolaridade de diversas escolas da região, tendo a aplicação dos questionários sido realizada em sala de aula com a presença de um professor, nos meses de outubro a dezembro de 2008. O estudo foi precedido de autorização da Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), dos Diretores dos Agrupamentos Escolares e de contacto pessoal com cada uma das instituições de ensino, onde foi entregue do *Termo de Consentimento Informado* endereçado aos pais dos adolescentes, no qual era fornecida informação detalhada do estudo e assegurada a confidencialidade dos dados.

Neste caso foram selecionados os adolescentes que satisfizeram os seguintes critérios de inclusão:

- Pertencer ao 3º ciclo do Ensino Básico;
- Terem o Termo de Consentimento Informado devidamente assinado pelos progenitores;
- Serem portadores do questionário individual preenchido;
- Sujeitarem-se a observação de cavidade oral.

Os dados foram posteriormente recolhidos, sendo o tratamento estatístico efetuado com recurso ao *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics15* e programa Excel no seu modo de grafismo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As orientações do atual Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) (Portugal, DGS 2005) apontam como estratégias para a sua consecução a promoção da saúde oral no contexto familiar e escolar, a prevenção das doenças orais, o diagnóstico precoce e tratamento dentário, salientando a importância da família na aquisição de hábitos saudáveis em geral e em especial no que respeita aos hábitos relativos à saúde oral. Com base nestes pressupostos propusemo-nos conhecer alguns aspetos do contexto ambiental dos adolescentes em estudo.

Uma análise dos dados socio demográficos permitiu identificar a amostra em estudo como coabitando maioritariamente com a mãe e o pai e 76,6% com os irmãos, enquanto 18,1% vivia em contexto de família alargada com os avós (cf. tabela 1). No que se refere às habilitações literárias dos progenitores, verificou-se que a maioria tinha o 2º ciclo ou 3º ciclo do Ensino Básico, enquanto 15, 6% das mães e 9,6% dos pais o Ensino Superior.

Tabela 1 Distribuição dos adolescentes de acordo com a coabitação

	Não		Sim		Total	
Com quem vive o aluno	n	%	n	%	n	%
Pai	31	14,9	177	85,1	208	100,0
Mãe	12	5,7	199	94,3	211	100,0
Irmãos	49	23,4	160	76,6	209	100,0
Avós	172	81,9	38	18,1	210	100,0
Padrasto/companheiro da mãe	208	98,6	3	1,4	211	100,0
Madrasta/companheira do pai	208	98,6	3	1,4	211	100,0
Outros	154	95,7	7	4,3	161	100,0

Tal como referido no PNPSO, durante a escolaridade obrigatória, as referências à descoberta do corpo, à saúde, à educação alimentar, à higiene em geral e à higiene oral estão integradas no currículo e nos programas escolares do 1º ao 9º ano do ensino básico, o que justifica a procura de evidências a nível da população escolar. Na amostra, em termos de escolaridade, 48,8% dos adolescentes encontrava-se no 7º ano de escolaridade, enquanto 28,9% frequentava o 8º ano e os restantes 22,3% o 9º ano de escolaridade (cf. tabela 2).

Tabela 2 Distribuição dos adolescentes pelo ano de escolaridade

Ano escolaridade	N	%
7º Ano	103	48,8
8º Ano	61	28,9
9º Ano	47	22,3
Total	211	100,0

A avaliação da perceção da imagem corporal e do aspeto do sorriso em saúde oral é um indicador importante, dadas as particularidades subjacentes à adolescência. Elias et al. (2001) afirmam que os problemas relacionados com a estética e a saúde oral, constituem frequentemente entraves ao convívio social, podendo desta forma considerar-se um requisito à qualidade de vida. Dos adolescentes em estudo, 73,2% consideraram-se uma pessoa com *aspeto normal*, 22,0% *bonita*, enquanto 4,8% da amostra se considerou *feia*. Em relação ao aspeto do seu sorriso, 79% dos adolescentes consideraram o seu sorriso *bonito*, 18,5% consideram-no *feio* e 2,4% referiram *não sorrir* (cf. tabela 3). Apesar destes resultados positivos para a maioria dos jovens, 51% referiu que gostava de *mudar alguma coisa no seu visual*. Também no estudo de Von Amann & Cádima (2008), os autores concluíram que os jovens portugueses tinham uma imagem positiva da sua Saúde Oral. Aos 12 e 15 anos, 39% e 45% dos jovens consideravam a condição da sua boca e dentes como “boa ou muito boa”, enquanto apenas 6% e 9% a consideravam “má ou muito má”.

Tabela 3 Perceção dos adolescentes da sua aparência geral e do seu sorriso

Aparência geral	N	%	Aparência do sorriso	n	%
Bonita	46	22,0	Bonito	166	79,0
Normal	153	73,2	Feio	39	18,6
Feia	10	4,8	Não sorri	5	2,4
Total	209	100,0	Total	210	100,0

A avaliação do risco em saúde oral implica, para além do exame objetivo da cavidade oral, conhecer outros fatores de risco considerados pelo PNPSO, tais como o controlo da placa, que tem subjacente os hábitos de higiene oral. Em relação a estes, verificou-se que 53,6% dos adolescentes escovava os dentes duas vezes por dia, enquanto 35,4% o fazia apenas uma vez. De salientar que 1,4% refere nunca escovar os dentes (cf. tabela 4). Todavia, esta informação pode ainda assim não corresponder a uma eficaz remoção da placa bacteriana, o que deve motivar uma avaliação periódica da placa bacteriana recorrendo à utilização de um corante (Portugal, DGS, 2006).

Tabela 4 Distribuição dos adolescentes segundo a escovagem dentária

Escovagem dos dentes	n	%
<i>Às vezes</i>	5	2,4
<i>Uma vez por dia</i>	74	35,4
<i>Dois vezes por dia</i>	112	53,6
<i>Mais do que duas vezes por dia</i>	15	7,2
<i>Nunca</i>	3	1,4
Total	209	100,0

A monitorização do risco e do seu equilíbrio multifatorial deve estar sempre subjacente na avaliação da suscetibilidade para a doença dos indivíduos ou grupos, ao longo do tempo (Portugal, DGS, 2006). Esta monitorização pode ser feita no âmbito da consulta de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil pelo médico de família, pelo pediatra, pelo enfermeiro e no âmbito da saúde oral pelo higienista oral, pelo estomatologista ou médico dentista, a intervalos regulares, idealmente inferiores a um ano (Portugal, DGS, 2005).

Na amostra constata-se que 53,7% dos adolescentes que responderam à questão referem ter ido há menos de um ano ao dentista, enquanto 1,0% referiu nunca ter procurado esse atendimento clínico (cf. tabela 5).

Tabela 5 Referência dos adolescentes sobre a última vez que consultaram o dentista

Consulta ao dentista	n	%
<i>Há um ano</i>	50	24,9
<i>Mais de um ano</i>	41	20,4
<i>Menos de um ano</i>	108	53,7
<i>Nunca fui ao dentista</i>	2	1,0
Total	201	100,0

A alimentação é considerada um dos fatores de risco ou determinantes que mais se correlaciona com a saúde oral, existindo registos consistentes na literatura que confirmam a relação entre os hábitos alimentares e as cáries (Schroder, et al. 1981, como citado em Rodrigues, 2008). A diversidade na alimentação é a principal forma de garantir a satisfação das necessidades do organismo em nutrientes e evitar o excesso de ingestão de substâncias com riscos para a saúde, desaconselhando-se no âmbito da saúde oral, o consumo de guloseimas e refrigerantes, sobretudo fora das refeições (Portugal, DGS, 2005). No presente estudo propusemo-nos analisar o conteúdo da dieta e a frequência de ingestão de alimentos. Da amostra, 62,9% dos adolescentes referiu que considera ter uma alimentação saudável e 23,3% considera que esta é bastante saudável, enquanto apenas 7,6% considera ter uma alimentação pouco saudável. Em relação à frequência das refeições, verificou-se que, com exceção da ceia, as restantes refeições são realizadas por pelo menos metade dos inquiridos todos os dias, enquanto 10,1% nunca faz lanche a meio da manhã e 40,3% nunca ceia.

De entre os alimentos, considerou-se importante monitorizar o consumo dos cariogénicos, tais como as guloseimas, verificando-se que 42,1% referiram ingerir *às vezes* guloseimas no intervalo das refeições, enquanto 37,3% *raramente* o fazia e apenas 10,5% referiu *nunca* consumir guloseimas. Após o exame objetivo da cavidade oral verificou-se que a maioria dos adolescentes (56%) não tinha dentes cariados, 22% tinha um dente cariado e 9,6% dois. Pela análise das estatísticas dos dados apresentados na tabela 6, verificou-se que os valores médios de dentes cariados se situavam em 1,00, enquanto dos dentes perdidos era de 0,10 e nos obturados de 1,03. Relativamente ao índice CPOD global, observou-se uma média de 2,12. Estes resultados estão próximos dos obtidos no Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, levado a cabo por Von Amann & Cádima (2008) no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, cujos índices CPOD foram de 1,48 e 3,04 aos 12 e 15 anos respetivamente. São também ligeiramente inferiores aos reportados pelo Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada (Portugal, DGS, 2000), onde era referida uma percentagem de 44,0% e 28,0% de adolescentes, respetivamente de 12 e 15 anos, livres de cáries e uma média global de CPOD de 2,95, denunciando face a este, uma evolução positiva. Outros resultados nacionais têm evidenciado resultados contraditórios na avaliação do Índice de CPOD, como é o caso do estudo realizado por Almeida et al (2003) que revelou 52,9% de cáries aos 12 anos e um valor médio de 1,5 de CPOD; já no estudo de Alves (2009), em 164 crianças entre os 11 e 14 anos, 74% tinham pelo menos um dente cariado, com um valor de CPOD de 3,17. De salientar que as metas preconizadas pela OMS para 2020 apontam para um índice de CPOD aos 12 anos de 1,5 (Portugal, DGS, 2005).

Tabela 6 Estatísticas do Índice de Dentes Cariados, Perdidos ou Obturados (CPOD)

<i>Índice de CPOD</i>	<i>n</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Dp</i>
<i>Cariados</i>	209	0	12	1,00	1,708
<i>Perdidos</i>	209	0	4	0,10	0,500
<i>Obturados</i>	209	0	10	1,03	1,618
<i>CPOD global</i>	209	0	13	2,12	2,411

Nesta investigação e tal como definido na metodologia, foi incluído no exame objetivo da boca, a avaliação do índice de Placa Simplificado (IPS). No global, o valor deste índice variou entre 0 e 3, com uma média de 1,6.

Dado o volume de dados dessa avaliação, optou-se por apresentar apenas os valores mais elevados de IPS para o sexo masculino e feminino e para o global da amostra. A análise da tabela 7 permite verificar que o índice de placa mais elevado (% da superfície dentária) em todos os dentes analisados, se reportava ao sexo masculino, exceto no dente 6, cujo pior valor foi encontrado no sexo oposto. Também no estudo de Bica (2011) 54,3% dos adolescentes apresentavam uma acumulação de placa visível a olho nu, porém com maior incidência nas raparigas, enquanto 35,7% apresentava cerca de metade da superfície dos dentes com placa bacteriana. O estudo da DGS de 2006, ainda que não avalie o IPS, refere que apenas 22% dos jovens tem gengivas saudáveis. No estudo de Alves (2009), foi obtido um valor considerado ‘Bom’ de Índice de Placa Bacteriana em 49% dos jovens observados.

Tabela 7 Valores mais elevados do Índice de Placa simplificado

<i>IPS</i>	<i>Masc.</i>		<i>Femi.</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Dente 1 - ½ do dente com placa</i>	48	52,2	61	52,1	109	52,2
<i>Dente 2 - ½ do dente com placa</i>	39	42,4	45	38,5	84	40,2
<i>Dente 3 - ½ do dente com placa</i>	46	50,0	55	47,0	101	48,3
<i>Dente 4 - ½ do dente com placa</i>	57	62,0	72	61,5	129	61,7
<i>Dente 5 - ½ do dente com placa</i>	42	45,7	45	38,5	87	41,6
<i>Dente 6 - ½ do dente com placa</i>	48	52,2	68	58,1	116	55,5

Face à avaliação efetuada, verificou-se que 83,6% dos inquiridos apresentava um elevado risco de doenças orais, enquanto para 16,4% este se revelava baixo (cf. tabela 8), resultados compatíveis com os reportados num estudo posterior de Bica (2011), onde 86,0% revelou alto risco de desenvolver cárie dentária. Segundo Hale et al. (2003), cada criança deveria ser alvo de uma avaliação do risco individual de Saúde Oral a partir dos 6 meses de idade, por um pediatra ou um profissional de saúde. Em caso de alto risco esta deverá ser reencaminhada para um médico dentista a partir dessa idade e antes dos 12 meses (ou até 6 meses depois da erupção do 1º dente), onde se tomarão as medidas preventivas adequadas.

Os fluoretos, sob as mais diversas formas, são, reconhecidamente, a componente central de uma estratégia de prevenção da cárie dentária. A partir dos 6 anos de idade os selantes de fissura, quando aplicados corretamente, são eficazes na prevenção das lesões de cárie que se localizam nas superfícies oclusais dos dentes molares e pré-molares (Von Amann e Cádima, 2008).

Tabela 8 Distribuição dos adolescentes segundo o risco em Saúde Oral

<i>Risco em saúde oral</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Baixo risco</i>	34	16,4
<i>Alto risco</i>	174	83,6
<i>Total</i>	208	100,0

Relativamente à escala de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral, e tendo em conta que quanto menor o score, melhor a qualidade de vida, podemos constatar pelos valores médios das dimensões e do total da escala, 75,11(Dp= 33,7), que estes mais se aproximam dos valores mínimos, indiciando boa Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral. Neste âmbito, o estudo de Bica (2011) revelou valores mais positivos, visto que o valor médio obtido foi de 63,13(Dp= 36,77).

Tabela 9 Estatísticas da Escala de OHIP

<i>Indicadores do OHIP</i>	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Dp</i>
<i>Limitações Funcionais</i>	45	9	37	14,80	7,226
<i>Dor</i>	51	9	54	14,22	8,716
<i>Desconforto Psicológico</i>	209	5	30	7,65	4,934
<i>Incapacidade Física</i>	44	9	54	14,48	10,001
<i>Incapacidade Psicológica</i>	210	6	36	8,30	5,630
<i>Incapacidade Social</i>	210	5	30	6,46	4,035
<i>Handicap</i>	209	6	36	7,85	4,065
<i>Qualidade de Vida Total</i>	36	49	165	75,11	33,718

Na relação entre os indicadores de avaliação objetiva da cavidade oral e a escala de OHIP foi utilizado o teste de *Spearman's rho* em alternativa ao teste de correlação de *Pearson*. Pela análise da tabela 10 apuram-se correlações positivas entre os índices de CPOD e as dimensões do OHIP, exceto na dimensão dor, indicando que quanto maior a dor, menor a qualidade de vida. Contudo apenas foram observadas relações estatísticas significativas entre a variável CPOD e a dimensão *Incapacidade Física* ($r = 0,439$; $p = 0,003$) e a *Qualidade de vida total* ($r = 0,433$; $p = 0,008$). A relação entre os indicadores da variável IPS e as dimensões do OHIP reportou correlações negativas nas dimensões *limitações Funcionais*, *Dor*, *Incapacidade física*, *handicap* e *QV total*, o que indica que quanto mais elevado o valor destas dimensões, menor a qualidade de vida, enquanto nas restantes estas correlações se revelaram positivas, porém sem relações estatísticas significativas em todas as dimensões.

Tabela 10 Teste de Spearman's rho entre o CPOD e IPS e a Escala de OHIP

<i>Dimensões do OHIP</i>	<i>n</i>	<i>CPOD</i>		<i>IPS</i>	
		<i>R</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<i>Limitações Funcionais</i>	45	0,255	0,091	-0,126	0,410
<i>Dor</i>	51	-0,014	0,920	-0,215	0,130
<i>Desconforto Psicológico</i>	208	0,084	0,225	0,018	0,791
<i>Incapacidade Física</i>	44	0,439**	0,003	-0,024	0,875
<i>Incapacidade Psicológica</i>	209	0,134	0,053	0,064	0,355
<i>Incapacidade Social</i>	209	0,053	0,445	0,101	0,145
<i>Handicap</i>	208	0,027	0,696	-0,020	0,779
<i>Qualidade de Vida Total</i>	36	0,433**	0,008	-0,061	0,723

Relacionando a OHIP com a escolaridade dos pais verificou-se relação estatisticamente significativa entre as mães com ensino superior e a dimensão *desconforto psicológico* do OHIP ($M = 83,83$; $p = 0,023$) e as mães com o 3º ciclo e a dimensão *incapacidade psicológica* ($M = 89,32$; $p = 0,025$).

Também no Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (Von Amann & Cádima, 2008) foram utilizadas algumas perguntas do Questionário OHIP na sua versão reduzida, para avaliar a Qualidade de Vida em Saúde Oral. Relativamente às limitações funcionais, a percentagem de jovens de 12 e 15 anos que referiu ter tido dor de dentes, ao escovar, ao comer ou beber alimentos quentes ou frios nos últimos 6 meses era de 35% e 42%, respetivamente. Em relação a limitações escolares 20% e 23%, respetivamente, referiram que a dor de dentes teve impacto na sua atividade escolar. No que concerne às limitações sociais, foi questionado aos adolescentes se as dores de dentes restringiam as suas relações interpessoais. A resposta foi positiva para o relacionamento com a família em 35% (12 anos) e 41% (15 anos), 34% e 41% respetivamente, para o relacionamento com os amigos e 33% e 40% na relação com outras pessoas (vizinhos, professores,...).

4. CONCLUSÃO

Da revisão da literatura pôde concluir-se que a Saúde Oral deverá ser considerada como uma parte importante da Saúde Pública, que ajuda a garantir uma melhor qualidade de vida às populações. Já em 1976, Cohen e Jago referiam a grande contribuição da Medicina Dentária na melhoria da qualidade de vida.

Os resultados obtidos neste estudo revelam Índice de CPOD próximos de outros efetuados em Portugal, aproximando-se o valor encontrado da meta preconizada pela OMS para 2020. Contudo os dados apurados na avaliação do Índice de Placa Simplificado permitem perceber as necessidades em matéria da frequência e/ou eficiência da escovagem dentária.

A relação do Índice CPOD com a Qualidade de Vida revelou-se significativa, nomeadamente com as dimensões “Incapacidade Física” e “Qualidade de Vida Total”, o que confirma o impacto dos problemas orais no bem-estar individual. O Índice de Placa Simplificado fornece informação sobre o risco de desenvolvimento de problemas orais, mas não necessariamente da sua presença, o que pode justificar a inexistência de relação significativa com a Qualidade de Vida.

A percentagem de jovens com risco elevado de desenvolvimento de doença oral, neste estudo, justifica a definição de estratégias que facilitem a sua redução, nomeadamente a aposta na prevenção. A escola é, sem dúvida, um lugar privilegiado para a promoção da saúde oral, devendo desenvolver estratégias de educação para a saúde nesse âmbito, nomeadamente o incentivo e aperfeiçoamento da escovagem, do uso do fio dentário e a promoção de uma alimentação saudável, procurando envolver a família nestas ações educativas.

Futuras atividades em prol da saúde oral devem incluir medidas relacionadas com os seus fatores de risco, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida nas populações, em especial nos grupos de alto risco.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Almeida, C.M., Petersen, P.E., André, J.S., Toscano, A. (2003). Changing oral health status of 6- and 12-year-old schoolchildren in Portugal. *Community Dental Health*, 20:211–216.
- (2) Alves, D. (2009). Avaliação do Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida em Indivíduos entre os 11 e os 14 anos de idade. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa. Porto: [s.n.], 104 p.
- (3) Alves, F., Garcia, A. (2007). Adolescente: Seu entendimento sobre necessidades de saúde. Universidade Estadual do Paraíba/Departamento de Enfermagem. Acedido a 10 dezembro 2011. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2007/trabalhos/saude/epg/EPG00399_01C.pdf.
- (4) Bica, M.(2004). A família com filhos com necessidades educativas especiais - Millenium, 30: 74-100.
- (5) Bica, I. et al. (2011). Percepção e Satisfação Corporal em Adolescentes e a Relação com a sua Saúde Oral. *Millenium*, 40: 115-131.
- (6) Campos, M.O., Neto, J.F.R. (2008). Qualidade de Vida: Um instrumento de Promoção de Saúde. *Revista Baiana de Saúde Publica*, 32(2):232-240.
- (7) Cohen, L.K., Jago, J.D. (1976). Toward the formulation of sociodental indicators. *International Journal of Health Services*, 6: 681-698.
- (8) Elias, M. et al (2001). A importância da Saúde Bucal para adolescentes de diferentes estratos de Ribeirão Preto. *Revista latino Americana de Enfermagem*, 9(1): 88-95.
- (9) Goldstein, R.E. (1980). Estética em odontologia. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.
- (10) Greene, J.C., Vermillion, J.R. (1964). The Simplified Oral Hygiene Index. *J Am Dent Assoc*, 68:7-13.
- (11) Hale, K.J. et al. (2003). Oral Health Risk Assessment Timing and Establishment of the Dental Home. *Pediatrics*, 111(5):1113-1116.

- (12) Petersen, P.E. (2003). Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. The World Oral Health Report 2003. Community Dent Oral Epidemiology, 31 (Suppl. 1): 3-24.
- (13) Portugal, DGS (2005). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Divisão de Saúde Escolar; Circular Normativa nº1/DSE de 18/01/05. Despacho Ministerial n.º 153/2005 (2.ª série), Lisboa.
- (14) Portugal, DGS (2006). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Avaliação do Risco em Saúde Oral. Divisão de Saúde Escolar; Circular Normativa nº 09/DSE de 19/07/06, Lisboa.
- (15) Portugal, DGS (2000). Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada. Divisão de Saúde Escolar; Lisboa: DGS, 2000.
- (16) Rodrigues, C. (2008). Comportamentos, hábitos e conhecimentos e Saúde oral das Crianças: Percepção dos Pais/Encarregados de Educação. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta, 171 p.
- (17) Sheiham, A. (2005). Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization, 83(9): 641-720.
- (18) Slade, G., (1997). Derivation and validation of a short-form oral impact profile, Community Dent Epidemiology, 25: 284-290
- (19) Silva, I., Meneses, R., Silveira, A. (2007). Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 4: 264-274. Edições Universidade Fernando Pessoa, Porto. Disponível em <http://ufpbdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/452/1/264-274%20FCHS04-18.pdf>
- (20) Von Amann, G.P., Cádima, C.F. (2008). Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTOS DE SAÚDE

MOTIVATION TO BEHAVIORAL HEALTH CHANGE

Leonilde Lemos ¹; Catarina Lemos ²; Anabela Pereira ³

¹ Universidade de Aveiro / LEONILDELEMONS@GMAIL.COM

² Universidade Fernando Pessoa / CLEMONS@UFP.EDU.PT

³ Universidade de Aveiro / anabelapereira@ua.pt

RESUMO

Introdução: Perante a importância da promoção, em contextos escolares, da motivação e da capacitação para estilos de vida saudáveis, este trabalho propõe-se analisar a relação entre a motivação para a mudança de comportamentos para a saúde, segundo o Modelo Transteórico da Mudança, e os comportamentos de saúde dos alunos da Escola Profissional de Torredeita, uma escola privada de ensino profissional no Concelho de Viseu.

Métodos: Este estudo divide-se em 3 momentos: na fase I, após a tradução e adaptação da University of Rhode Island Change Assessment Scale, 238 alunos participaram no estudo dando a conhecer os seus estilos de vida, qualidade de vida, comportamentos de saúde e motivação para mudança. A fase II consistiu em duas intervenções pontuais de educação para a saúde, em contexto escolar. Na fase III, procedeu-se a uma nova avaliação de forma a perceber o impacto das intervenções.

Resultados: Os resultados revelam que os rapazes situam-se mais preponderantemente na Pré-contemplação ($p=0,006$) e as raparigas na Prontidão para a Mudança ($p=0,013$). Os alunos da CPLP demonstram perceções mais negativas quanto à qualidade de vida relacionada com a saúde e revelam ter com menos frequência comportamentos de saúde e de evitamento de risco relativos à Nutrição ($p=0,045$), ao Autocuidado ($p=0,000$), à Segurança motorizada ($p=0,006$) e ao total de Atitudes e Comportamentos de Saúde ($p=0,000$), comparativamente aos alunos portugueses. Não se verificam correlações significativas entre os estádios motivacionais, a Prontidão para a Mudança e os estilos de vida, qualidade de vida e comportamentos de saúde. Confirma-se que as intervenções pontuais não têm efeito a curto prazo nos comportamentos de saúde e na motivação para a mudança.

Conclusão: Os resultados têm implicações para as estratégias de educação para a saúde, em contexto escolar. Sugerem-se intervenções mais longas, da autoria do próprio público-alvo, seguindo a metodologia de projeto e potenciando o desenvolvimento de um sentimento de responsabilidade pela própria saúde e pela dos outros.

Palavras-chave: Motivação, mudança, comportamentos de saúde, jovens.

ABSTRACT

Introduction: Given the importance of promotion in school contexts, motivation and empowerment to healthy lifestyles, this paper aims to analyze the relationship between motivation to behavioral

health change, according to the transtheoretical model of change, and nowadays health behaviors of the Escola Profissional de Torredes Viseu students, a private vocational school near Viseu.

Methods: This study is divided into 3 phases: in phase I, after the translation and the adaptation of the University of Rhode Island Change Assessment Scale, 238 students (48.3% female and 51.7% male; 60.5% Portuguese, 38.2% of CPLP and 1.3% of other nationalities) took part by answering about their lifestyles, quality of life, health behaviors and motivation to change. Phase II consisted in two health education interventions, in school context, addressed to 10th grade students. In phase III, a new assessment was made to analyze the impact of the interventions.

Results: The results show that boys are more prominently on Pre-contemplation stage ($p=0,006$) and the girls in readiness for the change ($p=0,013$). CPLP students demonstrate more negative perceptions about their quality of life related to health and reveal less frequent health behaviors and risk avoidance related to Nutrition ($p=0,045$), Auto-Care ($p = 0,000$), Motorized Safety ($p=0,006$) and total Attitudes and Health Behaviors ($p=0,000$), comparing with Portuguese students. There are no significant correlations between motivational stages, the readiness for the change and lifestyles, quality of life and health behaviors. It is confirmed the hypothesis that traditional sporadic interventions have no short term effect on health behaviors as on motivation to change.

Conclusion: These results have implications on intervention strategies concerning education to health in school's context. Longer interventions are suggested by own target audience, following the methodology of project and enhancing the development of a sense of responsibility for own health and for the other.

Keywords: motivation, change, health behavior, youth.

1. INTRODUÇÃO

“A felicidade é como a saúde: se não sentes a falta dela, significa que ela existe” (Ivan Turgueniev, n. d.). O presente trabalho consiste num estudo sobre a motivação para a adoção de comportamentos de saúde na adolescência. Atendendo à definição do conceito motivação, do latim *movere*, mover, esta designa, nas ciências humanas, como é a psicologia, a condição do organismo que influencia a direção do comportamento, orientando-o para determinado objetivo. Refere-se a uma variedade de fatores neurológicos e fisiológicos que iniciam, mantêm e controlam o comportamento (Kandel, Schwartz, & Jessel, 2003 citado por Lopes, Prieto, Delgado, Gamito, Trigo, 2010). A motivação nasce na necessidade que causa desequilíbrio e desconforto ao indivíduo, cuja tensão resultante o impele à ação, ao comportamento.

A máxima de Turgueniev apresenta-se inspiradora na tentativa de traduzir a ideia de saúde para o ser humano. Assim, indiretamente, o autor refere-se à saúde como algo de que não se tem consciência e, quando se tem, é pela sua ausência. Tal ideia remete para a definição de saúde amplamente usada da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1947), “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” e avança, ainda, que o referido estado completo de bem-estar físico, mental e social pressupõe uma certa despreocupação e inconsciência.

O problema em estudo centra-se numa etapa particular da vida, a adolescência. Referida na literatura como uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, com surtos de desenvolvimento nas suas várias dimensões, é fácil conjecturar-se esta etapa como sensível a qualquer ação de promoção de comportamentos desejáveis. Além disso, a adolescência parece ser

uma fase saudável, menos suscetível a alguns tipos de doenças como o cancro e doenças cardíacas. No entanto, inúmeros estudos dedicam-se a avaliar a exposição ao risco dos adolescentes e a tentar perceber a razão pela qual o carácter exploratório do jovem consiste, frequentemente, em comportamentos com consequências negativas à sua saúde física, mental e social. Neste ponto, coloca-se, então, a questão: sentem os jovens necessidade e consequente motivação, para mudar comportamentos em prol de uma saúde que, provavelmente, sentem ter?

Nos últimos 30 anos, a evolução da investigação determinou a ação das políticas de saúde e das políticas de educação. No entanto, há, ainda, um longo caminho a percorrer. Especialmente no que respeita à adolescência, a qual representa uma força positiva na sociedade, agora e para o futuro e que enfrenta perigos mais complexos que as gerações anteriores e, muitas vezes, com menos suporte (WHO, 2002).

Pretende-se, então, conhecer o estado de arte da problemática dos jovens e da sua saúde, bem como dos modelos teóricos que preveem a mudança de comportamentos. Um contributo importante nesta área tem sido representado pelo Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, desenvolvido por James O. Prochaska e colaboradores, nos anos 70, que conceptualiza a mudança como um processo com diferentes estádios de motivação. A escolha recai sobre este racional teórico quando se pretende identificar os instrumentos que possibilitam uma avaliação da motivação para a mudança de comportamento. O estudo empírico desenvolvido pretende analisar a relação entre os comportamentos de saúde e os estilos de vida de adolescentes e a sua motivação para a mudança de comportamentos para a saúde. Idealmente, só depois de avaliar a motivação do indivíduo é que se poderá adequar a intervenção (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Antes de encetar tal empreendimento, este trabalho tenta perceber a (in)eficácia das ações desenvolvidas em meio escolar, num formato mais tradicional.

A adolescência corresponde ao período de tempo entre o final da terceira infância até à idade adulta. A Organização Mundial de Saúde (1965) refere-se às dimensões biológica e psicológica desta etapa, definindo a adolescência como a faixa etária que vai dos 10 aos 19 anos, e que se caracteriza pelo aparecimento inicial das características sexuais secundárias para a maturidade sexual, pelo desenvolvimento de processos psicológicos e de padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta e pela transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia. Essas alterações surgem influenciadas por fatores hereditários, ambientais, nutricionais e psicológicos. Outros autores acrescem a dimensão social (Sprinthall & Collins, 1999) ou realçam as alterações físicas, psicológicas, emocionais, sexuais, socioculturais, cognitivas e comportamentais da adolescência, caracterizadas por esforços para confrontar e superar os desafios e para estabelecer uma identidade e autonomia (Assis *et al.*, 2003; DiClemente, Hansen e Ponton, 1996, Matos, 2008). Se é aceite consensualmente a abordagem biopsicossocial da adolescência, pode-se considerar que a adolescência é tão diversa quanto é a forma como cada adolescente lida com ela no contexto onde se insere. Assim, será mais correto usar o termo adolescências. Este conceito é já advogado por Cordeiro (1997), que acautela para a tendência em generalizar este grupo etário, alertando que há tantas adolescências como adolescentes, argumento que se torna bastante pertinente perante uma juventude cada vez mais multicultural.

Apesar do vigor da juventude, constata-se que a maior causa das ameaças à saúde tem origem nos estilos de vida dos jovens. DiClemente, Hansen e Ponton (1996) e Lerner (1998), citados por Matos *et al.* (1998) identificam comportamentos e efeitos relacionados que vão desde o uso e abuso de substâncias, à violência, suicídio, gravidez na adolescência, álcool, distúrbios de alimentação e às doenças sexualmente transmissíveis, e que podem ser evitados. Existe também uma diversidade de

causas na literatura científica para estes comportamentos de risco, Elkind (citado por Sprinthall & Collins, 1994) refere-se ao egocentrismo adolescente como sendo uma característica do funcionamento intelectual do adolescente. Acrescido do pensamento operacional formal, é gerador de um certo nível de indestrutibilidade ou invencibilidade no jovem. Por isso, o adolescente pode criar pensamentos como “comigo é diferente”, “isto a mim não me acontece”, “estou a controlar”, incorrendo em comportamentos de risco sem disso ter consciência. Na teoria de Erikson (1968), a crise, a exposição a comportamentos de risco e as dificuldades resultantes experimentadas na adolescência pertencem a um desenvolvimento normal e saudável. Para Fonseca (2005), são as interrogações do adolescente sobre o seu corpo e os seus comportamentos que o tornam egocêntrico, acreditando que é imune aos comportamentos de risco e o levam à invulnerabilidade.

A saúde dos jovens e a educação para a saúde

Comparando os dados de 1998 e 2010 do estudo da Rede Europeia “A saúde dos adolescentes portugueses”, realizado pela equipa do Programa Aventura Social & Saúde, da Faculdade de Motricidade Humana. Insere-se no estudo colaborativo HBSC / OMS (Health Behaviour in School-aged Children) da Organização Mundial de Saúde, verifica-se uma situação mais desfavorável relativamente ao excesso de peso, ao tempo em frente ao ecrã e à experimentação de haxixe, mantendo-se o consumo de cola, refrigerantes e doces em relação a 2008. Por outro lado, constata-se uma situação mais favorável quanto ao consumo de tabaco e bebidas destiladas, envolvimento em lutas, provocações e uso de preservativo.

De acordo com os resultados obtidos no estudo HBSC 2002 (Matos *et al.*, 2003), em relação aos comportamentos dos adolescentes ligados à saúde e ao risco, na comparação entre adolescentes portugueses e africanos, os jovens africanos apresentam-se mais expostos ao risco a vários níveis. Estes apresentam mais consumos, mais envolvimento em lutas e atos de violência, estabelecem com mais frequência relações problemáticas na escola e com a família, têm uma alimentação menos saudável, experienciam mais frequentemente sentimentos de infelicidade, têm relações sexuais mais frequentemente e sem proteção e sob efeito de álcool ou drogas e veem mais televisão. Matos, Gonçalves e Gaspar (2004) sugerem a desigualdade económica como o maior fator de desequilíbrio para a saúde e alertam para a consideração deste fator na estruturação de programas de intervenção.

No contexto europeu, a OMS estabelece metas de saúde para os próximos anos, defendendo a abordagem privilegiada no ambiente escolar para a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis e define *Escola Promotora da Saúde* como aquela que inclui a educação para a saúde no currículo e possui atividades de saúde escolar. Para a eficácia dos programas de Educação para a Saúde (EpS), é crucial que estes sejam baseados em competências, isto é, capacidades para “operacionalizar conhecimentos, atitudes e habilidades numa situação concreta, de modo a ser bem-sucedido” (Jardim & Pereira, 2006), que permitam aos jovens protegerem-se de ameaças à saúde, adotarem comportamentos positivos e desenvolverem relações saudáveis (Pereira, Motta, Vaz & Nossa, 2010). Para Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005, os profissionais que intervêm na EpS orientam a sua ação para a dimensão saudável dos sujeitos, capacitando-os para uma atitude positiva que conduza à adoção de estilos de vida saudáveis.

Pereira (2004) alerta para as diferenças culturais emergentes na escola, desencadeadoras de novas preocupações no que respeita às políticas de integração social. Na EpS, a multiculturalidade não pode ser negligenciada, é necessário que ela promova o respeito pelas diferenças culturais, morais e

sociais (GTES, 2005). Aparício, Cunha, Duarte e Pereira (2009) referem que, para a criação de condições que facilitem escolhas comportamentais mais saudáveis, as estratégias de promoção da saúde devem mobilizar intersetorialmente a comunidade. O Grupo de Trabalho de Educação Sexual, criado no Ministério da Educação, no âmbito da Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (2005), conclui que uma nova dinâmica curricular beneficiará se tiver como objetivo último a autonomia, a responsabilização e a participação ativa dos jovens na construção do seu futuro com saúde e bem-estar.

Modelos de mudança de comportamentos

Considerando que, nas sociedades industriais, grande parte das principais causas de morte se devem a padrões de comportamento inadequados e que estes padrões de comportamento são modificáveis (Stroebe e Stroebe, 1996 citado por Ribeiro, 2005, p. 161), tem sido de todo pertinente desenvolver programas de modificação do comportamento. Glanz, Rimer e Lewis (2002) defendem que os programas de promoção de comportamentos para a saúde têm maior probabilidade de terem sucesso se norteados por uma teoria de comportamento em relação à saúde (citado por Breinbauer e Maddaleno, 2005, p. 12).

No entanto, as inúmeras estratégias adotadas no âmbito da prevenção primária não têm tido os resultados esperados (Ribeiro, 2005). Ainda que aumentem o conhecimento cognitivo, as crenças e as opiniões não são suficientes para uma mudança sustentada nos comportamentos (Merson, Dayton & O'Reilly, 2000; Lopes, 2006). Os modelos subjacentes a estas intervenções, bem como as práticas deles resultantes, carecem de uma análise que se reflita, em termos reais, na construção de intervenções que sejam eficazes na mudança de comportamentos de prejuízo de saúde para comportamentos saudáveis, que se insiram, também, na escolha de um estilo de vida promotor de saúde.

As teorias sobre comportamentos de saúde têm como finalidade explicar as relações entre variáveis psicológicas do comportamento humano e a saúde e a doença (Ribeiro, 2005). O Modelo de Crenças na Saúde foi introduzido nos anos 50 pelos psicólogos Hochbaum, Kegels, Levanthal e Rosenstock, no U.S. Department of Health and Human Services (Hochbaum, 1958). Este modelo parte do pressuposto de que as pessoas receiam as doenças e de que as suas ações de saúde são motivadas pelo grau de medo e pela redução do medo esperada, tanto mais quanto essa redução seja mais forte que as barreiras práticas e psicológicas encontradas. A Teoria da Ação Racional (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975) surge como um modelo de prevenção da saúde, apontando as componentes, a atitude relativamente à realização do comportamento e as normas subjetivas associadas ao comportamento, que, primordialmente, determinam a intenção do indivíduo de realizar tal comportamento. Posteriormente, a Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1985) conceptualiza as intenções como planos de ação que antecedem os comportamentos e acrescenta uma terceira crença, o controlo comportamental percecionado. Na Teoria Social Cognitiva, o comportamento do indivíduo, os fatores pessoais e o ambiente influenciam-se mutuamente numa relação denominada reciprocidade triádica (Bandura, 1977; Bandura, 1986). Assim, para mudar comportamentos é necessário modificar fatores pessoais e ambientais.

O Modelo Transteórico da Mudança (MTM) tem como base uma análise comparativa de psicoterapia e modelos de mudança de comportamento, de onde provêm estádios e princípios de mudança (DiClemente e Prochaska, 1982). Segundo o MTM, a mudança comportamental não é um acontecimento em si, nem um processo contínuo, mas um processo que se desenvolve de acordo com seis estádios diferentes: 1-Pré-contemplação – nesta fase, o indivíduo não considera, nem tem

nenhuma intenção de mudar o seu padrão atual de comportamento num futuro próximo. Em termos de intervenção, a tarefa será aumentar a consciência da necessidade da mudança e a preocupação acerca do padrão atual de comportamento, considerando seriamente a mudança deste comportamento, 2-Contemplação – o indivíduo tem consciência das vantagens e das desvantagens da mudança. Pela ambivalência gerada, poderá permanecer neste estágio longos períodos. Terá de se decidir, analisando os prós e os contras, os custos e os ganhos do padrão atual de comportamento; 3-Preparação – nesta fase, o indivíduo já tem a intenção de mudar, assumindo um compromisso de desenvolver ações para mudar o comportamento e estabelecendo um plano de ação, acessível, realista e eficaz, para a mudança; 4-Ação – consiste na implementação do plano de ação por parte do indivíduo. A pessoa já fez implementações claras e específicas relativamente ao seu padrão de comportamento e está a criar um novo padrão atual de comportamento por um período de tempo significativo. Face às dificuldades, é necessário manter o compromisso, implementar as estratégias de mudanças e rever o plano de ação, se necessário; 5 - Manutenção – o indivíduo consegue manter o novo padrão atual de comportamento por um período extenso de tempo (de 5 meses a 6 anos), integrando-o no estilo de vida do indivíduo. Nesta fase, é notório o esforço para evitar recaídas.

Uma revisão pelos estudos empíricos realizados com base nestes modelos permitiu levantar algumas questões. Assim, verifica-se que os modelos recorrentes nas investigações são a Teoria da Ação Racional e do Comportamento Planeado, bem como o Modelo de Crenças de Saúde. No entanto, este último é também o modelo mais criticado na literatura (Abraham, Sheeran & Spears, 1996; Ribeiro, 2005). Embora o MTM tenha vindo a conquistar aceitação e notoriedade e tenha sido aplicado a uma série de comportamentos como fumar, exercício físico e dieta (Littell & Girvin, 2002), pouco ainda se conhece sobre a sua eficácia como base para a promoção de comportamentos de saúde. Entre outras razões, a sua popularidade deve-se ao facto de explicar por que tantas intervenções promotoras de saúde falham, uma vez que sugerem que a sua eficácia depende do facto de estas estarem adequadas à fase de mudança em que o indivíduo se situa. Enquanto alguns estudos alegam que as intervenções baseadas em estádios são mais eficazes (Prochaska, DiClemente, Velicer & Rossi, 1993 citado por Bridle, Riemsma, Pattenden, Sowden, Mather, Watt e Walker, 2005), outras revisões referem que há poucas evidências dessa eficácia (Bunton, Baldwin, Flynn & Whitelaw, 2000; Littell & Girvin, 2002 citado por Bridle et cols, 2005).

Diversos estudos comprovam o valor preditivo de alguns componentes dos modelos referidos; no entanto, no seu conjunto, não demonstram consistência nessas relações preditivas. Parece também haver uma certa negligência do fosso entre a intenção comportamental e a efetividade do comportamento. A maioria dos estudos não verifica essa efetiva mudança, provavelmente por limites temporais. Seria pertinente um aumento de estudos longitudinais que acompanhassem a amostra, verificassem a passagem para a mudança de comportamentos para a saúde, bem como a manutenção destes.

Relativamente aos modelos, estes são essencialmente cognitivos e cognitivos sociais, perspetivando o ser humano como sujeito racional que processa a informação de forma a maximizar os benefícios e a minimizar os custos ou riscos do seu comportamento. Não será, perante as evidências quotidianas, um pressuposto ingénuo? E o papel das emoções na tomada de decisão de mudança de um comportamento? Só o medo é emoção? Ainda na lógica racionalista, os programas implementados focavam-se sobretudo na transmissão de informação em detrimento do desenvolvimento de *skills*.

Não obstante, reconhece-se também alguma eficácia do trabalho já realizado, quer em termos teóricos, quer nos programas desenvolvidos. Sugere-se, assim, a utilização destes modelos numa perspetiva sistémica e eclética, como forma de orientar a ação e a compreensão dos fenómenos onde se quer intervir, apostando nos seus pontos fortes e no seu valor heurístico, mas desenvolvendo, também, destrezas e competências através da modelação, educação pelos pares e outras estratégias interativas que usem a relação como contexto emocional e significativo para se dar a mudança em passos firmes e seguros.

O estudo e os seus objetivos

A revisão de literatura permite considerar que é necessário ajustar e adequar as intervenções à motivação do público-alvo e que, portanto, deve ser previamente avaliada, algo que se desconhece ter sido realizado em estudos portugueses. A pertinência do presente estudo justifica-se perante a necessidade de testar e validar instrumentos que auxiliem na avaliação da motivação e na avaliação da eficácia dos programas.

Este é um estudo exploratório que tem como principal objetivo analisar a relação entre a motivação para a mudança de comportamentos de saúde, de acordo com o MTM (DiClemente e Prochaska, 1982). Colocam-se, então, algumas hipóteses: Existem diferenças significativas em relação ao estilo de vida/qualidade de vida/comportamentos de saúde e à motivação para a mudança segundo a etnia e o género? O estilo de vida/qualidade de vida/ comportamentos de saúde correlacionam-se com a Prontidão para a Mudança? A incapacidade física ou doença crónica correlacionam-se com a Prontidão para a Mudança? As ações promotoras de saúde pontuais não trazem mudanças a curto prazo em nenhuma das dimensões estudadas (estilo de vida/qualidade de vida/comportamentos de saúde e à motivação para a mudança)?

2. MATERIAL E MÉTODOS

A amostra

A investigação, de tipo quantitativo, decorreu na Escola Profissional de Torredeita (E.P.T.) que é um estabelecimento de natureza privada. A oferta formativa da Escola contempla Cursos que conferem Certificado Profissional de nível IV e Diploma com equivalência ao 12º ano de escolaridade. A população deste estudo é composta por alunos de três níveis de ensino: 10º, 11º e 12º anos de escolaridade. Frequentam os seguintes cursos profissionais: animador sociocultural, técnicos de comércio, de serviços jurídicos, de construção civil, de eletrotecnia e de higiene e segurança no trabalho e ambiente. Responderam ao primeiro questionário 238 alunos, 48,3% do sexo feminino e 51,7% do sexo masculino. Sendo 269 o número de alunos da escola, a amostra consistiu em 88,5% da população. Relativamente ao ano de escolaridade, 39,1% frequentam o 10º ano de escolaridade, 30,3% frequentam o 11º e 30,7% o 12º ano. Ao abrigo de protocolos estabelecidos com Cabo Verde e São Tomé e Príncipe, a E.P.T. recebe alunos destes países que vêm para Portugal para prosseguir os seus estudos. Os alunos têm entre os 15 e os 25 anos de idade, sendo a média de 18,7 anos. Da amostra, 64,3% vivem com a família, 29,4% na companhia de amigos e 6,2% vivem sozinhos (Tabela 4). 10,1% dos alunos referem ter alguma incapacidade, doença ou incapacidade física crónica. Importa referir que 7,6% dos alunos declara ser pai.

Instrumentos

KIDSCREEN-27© (versão portuguesa) - é uma versão reduzida do KIDSCREEN-52©, ambos desenvolvidos no âmbito do projeto “Proteção e Promoção da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Crianças e Adolescentes - uma perspectiva Europeia de Saúde Pública”. Este projeto tem como principal finalidade, através de uma abordagem transcultural, avaliar a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) em crianças e adolescentes. Para não tornar o preenchimento do questionário moroso, foi escolhida a versão reduzida do KIDSCREEN, de 27 itens, que representa as dez dimensões originais, reorganizadas nas seguintes cinco dimensões: Bem-Estar Físico, Bem-Estar Psicológico, Autonomia e Relação com os Pais, Suporte Social e Grupo de Pares e Ambiente Escolar. Este já se encontra adaptado e validado para a população portuguesa no âmbito do projeto Aventura Social & Saúde (Gaspar & Matos [Edts.], 2008).

QACS - “Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde” é a designação da versão adaptada para a população portuguesa por Ribeiro (1993) do *Life-Style Assessment Questionnaire (LAQ)* (Hettler, 1982). Trata-se de um inventário de autorresposta que visa a avaliação de comportamentos de saúde e de risco distribuídos por 10 fatores: 1 - *Exercício físico*, 2 - *Nutrição*, 3 - *Autocuidado*, 4 - *Segurança motorizada*, 5 - *Uso de drogas ou similares*. É constituído por 28 itens, avaliados numa escala de Likert, com 5 categorias de respostas (A-Quase sempre; B-Com muita frequência; C- muitas vezes; D-Ocasionalmente; E-Quase nunca).

URICA - A *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (McConaughy, Prochaska e Velicer, 1983) é um instrumento baseado no MTM que identifica os estádios de motivação e a Prontidão para a Mudança. Apesar de, aparentemente, ainda não ter sido utilizado em estudos portugueses, a sua aplicação é ampla na investigação, segundo a literatura encontrada. A sua pertinência traduz-se no facto de fornecer informações sobre a motivação para modificar comportamentos e, com isso, delinear as abordagens e estratégias de intervenção adequadas. Consiste numa escala de Likert, com 24 itens, que se dividem em quatro subescalas: Pré-contemplação (itens 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31), Contemplação (itens 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24), Ação (3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30) e Manutenção (6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32). A pontuação em cada subescala resulta da soma de pontos de cada subescala (1 - discordo totalmente, 2 - discordo, 3 - indeciso, 4 - concordo, 5 - concordo totalmente). A Prontidão para a Mudança consiste num conceito mais genérico do que o de estágios, proposto por DiClemente et al. (2004). Calcula-se através da seguinte equação: média de pontos da Contemplação (C) + média de pontos da Ação (A) + média de pontos da Manutenção (M) - média de pontos da Pré-Contemplação (PC).

Versão final: questionários I e II - Foram elaborados dois questionários *on-line*, utilizando a ferramenta *Google Docs*, incluindo o KIDSCREEN-27, o QACS e a URICA. As diferenças entre os dois questionários estão presentes nas perguntas relativas à caracterização demográfica e na avaliação das ações promotoras de saúde.

Procedimentos

Tradução e adaptação da URICA

Uma vez que a investigação a realizar incluía a tradução e adaptação da URICA (McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989) da língua inglesa para a língua portuguesa, este foi o primeiro procedimento a tomar pela sua complexidade. A URICA foi traduzida por um profissional em Ciências, com conhecimentos em língua inglesa, e essa versão foi sujeita a uma *back-translation*, realizada por uma profissional habilitada em Língua Inglesa. Realizou-se uma nova tradução por um profissional de Psicologia com conhecimentos em língua inglesa. Posteriormente, o instrumento foi

aplicado a 6 sujeitos, adolescentes e adultos, a fim de avaliar as suas dúvidas e reações e a adequação da escala, tendo como orientação, o método da reflexão falada (*thinking aloud*). Fizeram-se alguns reajustamentos em expressões confusas e a versão foi mais uma vez submetida aos três profissionais e comparada com a versão original. Depois de integrada a URICA - versão portuguesa, no questionário *on-line*, este foi submetido à sua testagem, através do preenchimento por adolescentes e um adulto que não integrariam a amostra para não contaminarem os dados. Salientamos que o estudo se dividiu em três fases representadas esquematicamente no Quadro 1.

Quadro 1 - Fases da investigação e alunos envolvidos

	Fase I – Avaliação inicial	Fase II – Intervenção	Fase III – Intervenção
Ação	Recolha de dados – 1º questionário	Intervenções inseridas no projeto Educação para a Saúde	Recolha de dados – 2º questionário
Destinatários	Todos os alunos da E.P.T. (269)	Alunos do 10º e do 11º ano de escolaridade (188)	Alunos do 10º ano de escolaridade (94)
Crítérios de exclusão	Falta de autorização, falta de assiduidade na recolha de dados.	Falta de assiduidade no momento das ações.	Falta de assiduidade em alguma das ações e/ou na recolha de dados.
Amostra	238	?	45

Tratamento de dados

Após a recolha dos dados, estes foram introduzidos e analisados no programa Statistical Program for Social Sciences (SPSS), versão 16.0 para Windows. Em todos os casos, considerou-se significativo um valor do p-value < 0,05.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Qualidade de vida, comportamentos de saúde e estilo de vida dos alunos da E.P.T.

Tabela 1 - Média da QVRS (N=238) e comparação das distribuições segundo o género e a etnia

Dimensões	Género	Média	p	Nacionalidade	Média	p
Bem-Estar Físico	Raparigas	50,82	0,000*	Portuguesa	57,88	0,048*
	Rapazes	61,83		CPLP	54,56	
Bem-Estar Psicológico	Raparigas	53,85	0,683*	Portuguesa	53,15	0,087*
	Rapazes	54,07		CPLP	55,22	
Autonomia e Relação com os Pais	Raparigas	64,29	0,857**	Portuguesa	66,12	0,020*
	Rapazes	63,85		CPLP	60,56	
Suporte Social e Grupo de Pares	Raparigas	69,68	0,545*	Portuguesa	73,39	0,017*
	Rapazes	71,90		CPLP	67,10	
Ambiente Escolar	Raparigas	59,51	0,025*	Portuguesa	56,90	0,704*
	Rapazes	54,88		CPLP	57,55	

A média foi calculada com base nos resultados transformados de 0 a 100.

* Utilizou-se o teste U Mann-Whitney

** Utilizou-se o teste t-Student

Tabela 2 - Média do QACS por género (N=238) e comparação das distribuições segundo o género e etnia

<i>Dimensões</i>	<i>Género</i>	<i>Média</i>	<i>p</i>	<i>Género</i>	<i>Média</i>	<i>p</i>
Exercício Físico	Raparigas	6,85	0,000*	Portuguesa	8,18	0,742*
	Rapazes	9,32		CPLP	8,02	
Nutrição	Raparigas	14,18	0,290*	Portuguesa	14,28	0,045*
	Rapazes	13,48		CPLP	13,10	
Auto cuidado	Raparigas	40,34	0,000*	Portuguesa	40,92	0,000*
	Rapazes	37,03		CPLP	34,98	
Segurança motorizada	Raparigas	10,40	0,853*	Portuguesa	10,92	0,006*
	Rapazes	10,44		CPLP	9,64	
Uso de drogas e similares	Raparigas	21,88	0,977*	Portuguesa	22,35	0,339*
	Rapazes	22,05		CPLP	21,34	
Total QACS	Raparigas	93,65	0,297*	Portuguesa	96,65	0,000**
	Rapazes	92,32		CPLP	87,08	

* Utilizou-se o teste Mann Whitney

** Utilizou-se o teste t-Student

Estádios motivacionais e Prontidão para a mudança

Para obter o valor da Prontidão para a Mudança, calculou-se a soma de cada subescala, omitindo os seguintes itens: 31 (PC), 4 (C), 20 (A) e 9 (M), de acordo com The Health and Addictive Behaviors: Investigatins Transtheoretical Solutions (HABITS) Lab.

Tabela 3 - Média, percentagem de alunos em cada estágio, de acordo com o valor de Prontidão para a Mudança (N=238) e comparação das distribuições segundo o género e a etnia

<i>Dimensões</i>	<i>Média</i>	<i>%</i>	<i>Género</i>	<i>Média</i>	<i>p</i>	<i>Nacionalidade</i>	<i>Média</i>	<i>p*</i>
Pré-contemplação	21,52	60,5	Raparigas	20,65	0,006*	Portuguesa	22,10	0,046
			Rapazes	22,33		CPLP	20,52	
Contemplação	28,05	35,7	Raparigas	28,59	0,387*	Portuguesa	27,81	0,324
			Rapazes	27,55		CPLP	28,43	
Ação	27,31	3,8	Raparigas	28,03	0,053*	Portuguesa	27,15	0,528
			Rapazes	26,63		CPLP	27,48	
Manutenção	25,60	0	Raparigas	25,94	0,266*	Portuguesa	25,35	0,299
			Rapazes	4,946		CPLP	26,02	
Prontidão para a Mudança	7,4		Raparigas	7,73	0,013**	Portuguesa	7,25	0,197
			Rapazes	7,09		CPLP	7,63	

* Utilizou-se o teste U Mann-Whitney

** Utilizou-se o teste t-Student

O nível de Prontidão para a Mudança variou entre 1,43 e 12,43 pontos, tendo como média 7,40 pontos. Segundo The HABITS Lab, o valor da Prontidão para a Mudança pode ser comparado aos pontos de corte (Tabela 16) para determinar em que grupo deve ser considerado cada jovem. Assim, o valor médio da Prontidão para a Mudança dos jovens da E.P.T. situa-os no estágio da Pré-contemplação.

A maioria dos jovens (60,5%) pode ser classificada no estágio da Pré-contemplação, enquanto 35,7% se situa na Contemplação. Apenas 3,8% dos alunos pode ser classificado como estando num momento de preparação para a ação.

Relativamente à hipótese colocada – Existem diferenças significativas em relação ao estilo de vida/qualidade de vida/comportamentos de saúde e à motivação para a mudança segundo a etnia e o género? – sobre as diferenças de género, no que respeita à qualidade de vida, comportamentos de

saúde e estilo de vida dos alunos da E.P.T., não se encontraram muitas diferenças significativas, exceto nas dimensões relacionadas com a atividade física (Bem-estar Físico no KIDSCREEN, $p=0,000$; Exercício Físico no QACS, $p=0,000$), que revelam que os rapazes sentem uma melhor qualidade de vida em termos físicos e que têm mais atividade física do que as raparigas. Como se encontrou uma correlação moderada entre estas duas dimensões ($rs=0,515$ e $p=0,000$), poderá considerar-se que o facto de praticar exercício físico com frequência está relacionado com um bem-estar físico mais elevado. Por outro lado, as raparigas sentem-se melhor no que respeita ao Ambiente Escolar ($p=0,025$). As diferenças encontradas vão ao encontro de alguma expectativa e estereotipificação social. Ainda quanto às diferenças entre os géneros, verificou-se que os rapazes se situam mais preponderantemente no estágio da Pré-contemplação ($p=0,006$) e na Prontidão para a Mudança ($p=0,013$). As diferenças de nacionalidade foram analisadas comparando os países de origem mais frequentes. Estes foram, ainda, classificados em dois grupos: portugueses e CPLP (cabo-verdianos, santomenses e brasileiros). Assim, os alunos portugueses diferenciam-se dos alunos da CPLP por sentirem QVRS superior no Bem-Estar Físico (ainda que $p=0,048$), na Autonomia e Relação com os Pais ($p=0,020$) e no Suporte Social e Grupos de Pares ($p=0,017$). Aparentemente, estes são resultados facilmente justificáveis pelas consequências da imigração, uma vez que o último grupo não tem o apoio presencial da família e está em Portugal há menos de três anos. São; ainda, os alunos portugueses que têm com mais frequência comportamentos de saúde e de evitamento de risco relativos à Nutrição ($p=0,045$), ao Auto cuidado ($p=0,000$), à Segurança motorizada ($p=0,006$) e ao total de Atitudes e Comportamentos de Saúde ($p=0,000$). Realça-se, assim, a necessidade de acolhimento e intervenção diferenciados em relação ao grupo de estudantes da CPLP.

Os resultados dos alunos da E.P.T. foram comparados, ainda, aos resultados das crianças e adolescentes de Portugal e da Europa (Gaspar & Matos, 2008), encontrando-se diferenças significativas em todas as dimensões. Assim sendo, os jovens da E.P.T. demonstram QVRS inferior no que respeita ao Bem-Estar Físico, ao Bem-Estar Psicológico, à Autonomia e Relação com os Pais e ao Ambiente Escolar. Quanto à dimensão Suporte Social e Grupo de Pares, o grupo de alunos da E.P.T. refere uma perceção mais negativa ($p=0,000$) face aos dados de Portugal, mas, simultaneamente, mais positiva ($p=0,003$) face aos dados europeus.

Relativamente à hipótese - a incapacidade física ou doença crónica correlacionam-se com a Prontidão para a Mudança? – esta foi infirmada ($p=0,109$).

A ideia de que as ações promotoras de saúde não trazem mudanças a curto prazo em nenhuma das dimensões estudadas (estilo de vida/qualidade de vida/comportamentos de saúde e motivação para a mudança) residia na última hipótese colocada. Esta confirma-se, uma vez que a avaliação do impacto das ações pontuais representadas na Fase III revela que não se verificaram grandes efeitos.

A análise dos dados da avaliação inicial e da avaliação final revela que apenas nas dimensões Bem-Estar Físico e Exercício Físico os alunos do 10º ano tiveram resultados mais elevados (respetivamente, $p=0,000$ e $p=0,045$) após a intervenção. Nas outras dimensões não se verificaram diferenças significativas, bem como nos valores da Prontidão para a Mudança e dos estádios motivacionais avaliados no primeiro momento através da URICA – versão portuguesa. No entanto, apesar da ineficácia das ações de promoção de saúde tradicionais, a perceção dos alunos não o confirma, uma vez que se manifesta uma tendência para privilegiar a característica informação (34,2%) nas ações que eles consideram mais marcantes. No mesmo sentido, os alunos assinalam as ações no contexto escolar como as mais eficazes (37,8%). Já os mass media são o meio menos votado, sobretudo aqueles que privilegiam a forma escrita (5,46%). Também a opinião dos alunos é

muito positiva relativamente às ações realizadas, quer no que respeita à satisfação que elas proporcionaram (média=4,67 em 5), quer quanto à utilidade (média=4,62 em 5).

Validação da URICA

Para a tentativa de validação da URICA – versão portuguesa, analisaram-se propriedades psicométricas como a fiabilidade e validade convergente. Avaliou-se a consistência interna da escala de 32 itens baseada no coeficiente de Cronbach, bem como a consistência interna para os 32 itens, distribuídos nas quatro subescalas. Neste estudo utilizou-se o limite de 0,80 para verificação da fiabilidade, ainda que outros autores considerem permissível que os valores de alfa possam ser um pouco menores para questionários nunca aplicados numa pesquisa exploratória, sugerindo o mínimo de 0,60 (Nunnally, 1978). A consistência interna da URICA – versão portuguesa apresentou um valor satisfatório ($\alpha=0,852$), considerando os 32 itens. No entanto, a correlação das categorias é moderada ou baixa, sobretudo na subescala Pré-contemplação ($\alpha=0,113$). Segundo Galletta e Lederer, 1989 (citado por Neto e Riccio, 2003), algumas das dificuldades e limitações dos instrumentos existentes são decorrentes da análise fatorial que implica que as escalas devam ser homogêneas dentro de cada fator e que elas sejam heterogêneas entre fatores (independentes). Pode-se confirmar uma certa independência entre as subescalas, sobretudo a que avalia o estágio da Pré-contemplação, pois as suas características denotam pouca motivação para a mudança.

O estudo de Lerdal, Moe, Digre, Harding, Kristensen, Grov, Bakken, Eklund, Ruud e Rossi (2009) recomenda a reconfiguração da escala para esta ser utilizada segundo uma estrutura contínua. Os resultados encontrados no presente estudo, que se referem à moderada ou baixa correlações entre subescalas, sobretudo a da pré-contemplação, contrariam esta recomendação.

A maioria dos itens cumpre os critérios de qualidade esperados, excetuando os itens 1, 5, 11, 13 e 26, todos eles pertencentes à subescala Pré-contemplação. Verifica-se, ainda, que o valor de alfa, se o item for eliminado, ultrapassa o alfa total ($\alpha=0,852$) em itens relativos à subescala de Pré-contemplação.

Para encontrar evidências de validade convergente, precisa-se de mostrar que um teste apresenta correlação alta com outras variáveis com as quais ele deve teoricamente correlacionar-se (Campbell, 1960, in Anastasi & Urbina, 2003). Relacionaram-se os dados obtidos no KIDSCREEN-27 e no QACS com a Prontidão para Mudança e os Estádios Motivacionais para analisar a validade convergente, recorrendo ao Coeficiente de Correlação de Spearman. Não se verificou correlação significativa entre nenhum estágio motivacional da URICA-versão portuguesa, nem da Prontidão para a Mudança e as dimensões avaliadas pelo KIDSCREEN-27 e a qualidade de vida relacionada com a saúde medida pelo QACS.

4. CONCLUSÃO

O presente estudo, de natureza exploratória, foi realizado com uma amostra com características específicas, sobretudo relativamente à sua multiculturalidade. Para futuras investigações recomenda-se a aplicação da URICA - versão portuguesa - a uma amostra maior e mais representativa da população portuguesa, com características mais diversas em termos de tipo de instrução e nível socioeconómico, de forma a analisar as propriedades psicométricas do instrumento e de realizar a normalização portuguesa.

Finalmente, importa reafirmar a necessidade de serem implementadas intervenções mais longas e não pontuais. A alternativa poderá estar num processo de intervenção mais longo, que contemple

ações como as referidas neste estudo ou outras, desde que elas sejam da autoria do próprio público-alvo. Reconhece-se, também, a necessidade de ajustar as intervenções à multiculturalidade emergente nas escolas, pelo que as diferenças culturais devem exigir abordagens diferenciadas e, de forma desafiante, a construção de programas interculturais que potenciem a integração social. O envolvimento ativo dos atores e dos parceiros nestas questões, seguindo a metodologia de projeto, que tão bem se insere nas atividades escolares, permitir-lhes-á, talvez, dar o sentido a que Turgueniev se referia, desenvolvendo uma consciência e um sentimento de responsabilidade pela sua própria saúde e pela dos outros e, assim, se motivarem.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Abraham, C., Sheeran, P., Spears, R. & Abrams, D. (1992). Health beliefs and promotion of HIV-preventive intentions among teenagers: A Scottish perspective. *Health Psychology*, 11(6), pp. 363-370.
- (2) Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). Validade: Conceitos Básicos. Em A. Anastasi & S.Urbina. *Testagem Psicológica*. (pp. 107-127). Porto Alegre: Artmed.
- (3) Aparício, G., Cunha, M., Duarte, J. & Pereira, A. (2010) – Actividade Física em Adultos, Variáveis Demográficas e Risco de Comorbidade. *Revista de Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*. Vol.4, Nº4, Outubro/Dezembro 2010. p. 257.
- (4) Assis, S. G., Avanci, J. Q., Silva, C. M., Malaquias, J. V., Santos, N. & Oliveira, R. (2003). A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003, 8 (3), 669-679
- (5) Bridle, C., Riemsma, R., Pattenden, J., Sowden, A. Mather, Watt I. & Walker, A.(2005). Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the transtheoretical model. *Psychology and Health*.
- (6) Chan, S., Chan, H., Siu, A. & Poon, P. (2007). Stage of Change in Self-Management of Chronic Diseases: Psychometric Properties of the Chinese Version of the University of Rhode Island Change Assessment (C-URICA) Scale. *Rehabilitation Psychology*, 52, No. 1, pp.103–112.
- (7) Cordeiro, M.(1997). Dos 10 aos 15 anos. Adolescentes. Lisboa, Quatro Margens Editora, p.165
- (8) DiClemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (Eds.). (1996). *Handbook of adolescent health risk behavior*. NewYork: Plenum Press.
- (9) DiClemente, C. C., Schlundt, B. S., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*. 13, 130-119.
- (10) Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, 1025 – 1034.
- (11) Elkind, D. (1970). *Children and Adolescent, Interpretative Essays on Jean Piaget*. New York: Oxford University Press.
- (12) Erikson, E. H. (1968). *Identity : Youth and crisis*. New York: Norton.
- (13) Fonseca, M. H. R.(2005). *Compreender os Adolescentes. Um Desafio para Pais e Educadores*. Lisboa: Editorial Presença.
- (14) Gaspar, T., Matos, M.G., Pais Ribeiro, J., Leal, I. & The European Kidscreen Group (2008). Qualidade de vida - Instrumentos Kidscreen 52 para adolescentes. *Revista Peruana de Psicometria*, 1.

- (15) Gaspar, T. & Matos, M. (Eds) (2008). Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52: Instrumentos de Qualidade de Vida para Crianças e Adolescentes. Faculdade de Motricidade Humana/Universidade Técnica de Lisboa: Lisboa
- (16) GTES – Grupo de Trabalho de Educação Sexual. (2005) Relatório Preliminar do Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES). Web site: www.min-edu.pt
- (17) Herzog, T. (1998). Analyzing the Transtheoretical Model Using the Framework of Weinstein, Rothman, and Sutton (1998): The Example of Smoking Cessation. *Health Psychology*, 27, No. 5, pp. 548–556.
- (18) Jardim, J. & Pereira, A.M.S. (2006). Competências Pessoais e Sociais. Guia Prático para a Mudança Positiva. Porto: Edições ASA.
- (19) Kiviniemi, M. T., Voss-Humke, A. M., & Seifert, A.L. (2007), How do i feel about the behavior? The interplay of affective associations with behaviors and cognitive beliefs as influences on physical activity behavior. *Health Psychology*. 26(2), pp. 152-158.
- (20) Lerdal, A. Moe, B., Digre, E., Harding, T., Kristensen, F., Grov, E., Bakken, L., Eklund, M., Ruud, I., Rossi, J. (2009). Stages of Change – Continuous Measure (URICA-E2): psychometrics of a Norwegian version. *Journal of Advanced Nursing*, 65, p193-202.
- (21) Levesque, Deborah A.; Prochaska, Janice M.; Prochaska, James O.; Dewart, Stephen R.; Hamby, Leigh S.; Weeks, William B. (2001). Organizational stages and processes of change for continuous quality improvement in health care. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. Vol 53(3).
- (22) Lopes, O. (2006). SIDA: os media são deuses de duas cabeças. Como estruturar campanhas de Saúde Pública. Viseu: Psico & Soma.
- (23) Lopes P., Prieto G., Delgado A., Gamito P., Trigo H. (2010). Rasch-modeling the Portuguese SOCRATES in a clinical sample. *Psychol Addict Behav*. 24(2), pp. 355-359.
- (24) Matos, M. (1997). Comunicação e gestão de conflitos na escola. Lisboa: FMH-UTL.
- (25) Matos, M.; Simões, C.; Carvalhosa, S.; Reis, C.; Canha, L.; (1998) - A saúde dos adolescentes portugueses. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS. Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana/programa de Educação para todos 2000.
- (26) Matos, M. & Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). A saúde dos adolescentes portugueses (4 anos depois). Lisboa: FCT/CNLCSDA/FMH/IHMT.
- (27) Matos, M, Gonçalves, A. & Gaspar, T. (2004). Adolescentes estrangeiros em Portugal: uma questão de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 75-85
- (28) Matos, A., Albuquerque, C. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6: 647-663.
- (29) Matos, M. (2008). Adolescência e seus contextos: o estudo HBSC/OMS. In Matos, M. (Coord.). Consumo de substâncias: estilo de vida? À procura de um estilo? Lisboa: IDT.
- (30) Matos, M., & Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2010). A saúde dos adolescentes Portugueses. Resultados finais do estudo HBCS 2010. Lisboa: FCT/CNLCSDA/FMH/IHMT.
- (31) McConaughy, E. , Prochaska, J. , & Velicer W. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- (32) Merson, M., Dayton, J. & O'Reilly, K. (2000). Effectiveness of HIV interventions in developing countries. *AIDS*, 14(Suppl. 2), S68.

- (33) Melamed, S., Rabinowitz, S., Feiner, M., Weisberg, E., Ribak, J. (1996). Usefulness of the protection motivation theory in explaining hearing protection device use among male industrial workers. *Health Psychology*. 15(3), pp. 209-215.
- (34) Morrison, D., Golder, S., Keller, T., Gillmore, M. (2002). The theory of reasoned action as a model of marijuana use: Tests of implicit assumptions and applicability to high-risk young women. *Psychology of Addictive Behaviors*. 16(3), pp. 212-224.
- (35) Napper L., Wood M., Jaffe A., Fisher D., Reynolds G. & Klahn J. (2008). Convergent and Discriminant Validity of Three Measures of Stage of Change. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, No. 3, pp. 362–371.
- (36) Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2ª ed.) (C. Patrocínio e F. Andersen, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. Oliveira Neto, J., Riccio, E. (2003). Desenvolvimento de Um Instrumento para Mensurar a Satisfação do Usuário de Sistemas de Informações. *Revista de Administração*, Vol. 38, 3, pp. 230-241.
- (37) OMS (1985) *As metas da saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.
- (38) Pereira, AMS. (2004). *Educação Multicultural: Teorias e Práticas*. Lisboa: Asa Editora.
- (39) Pereira, A.M.S. (2006). Stresse e doenças: Contributos da Psicologia da Saúde na última década”. In Isabel Leal (Eds), *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora (pp.145-167).
- (40) Pereira, A., Nossa, P., Vaz, A., Motta, E. (2010). *Desenvolvimento de Competências Para a Prevenção do VIH/Sida e IST. Manual do Formador*. Psicosoma.
- (41) Pantalon, M.V., Nich, C., Frankforter, T., and Carroll, K.M. (2002). The URICA as a measure of motivation to change among treatment-seeking individuals with concurrent alcohol and cocaine problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 299-307.
- (42) Prochaska, J. O., & DeClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 161–173.
- (43) Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. (1992) In search of how people change – applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47 (9), 1102–1114.
- (44) Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmas, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. and the European KIDSCREEN Group. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5 (3), 353-364.
- (45) Rodrigues, M.; Pereira, A.M.S. & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde. Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Edição Formasau - Formação e Saúde Lda.
- (46) Ribeiro, J. L. (1993). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes, jovens, da cidade do Porto*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- (47) Ribeiro, J. L. (2004). *Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças*. *Análise Psicológica*, 2 (XXII), pp. 387-397.
- (48) Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- (49) Sieverding, M., Matterné, U., Ciccarello, L. (2010). What role do social norms play in the context of men’s cancer screening intention and behavior? Application of an extended theory of planned behavior. *Health Psychology*. 29(1), pp. 72-81.

- (50) Souza, C. (2009). Motivação para mudança de comportamento no jogo patológico: tradução, adaptação e validação da “University Rhode Island Change Assessment”. Dissertação de Doutorado. Faculdade de Psicologia, PUCRS, Porto Alegre.
- (51) Sprinthal, N. A. & Collins, W. A. (1999). Psicologia do Adolescente. Uma Abordagem Desenvolvimentista (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- (52) Szpyszynski K. & Oliveira M. (2008). Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. Psico-USF, 13, n. 1, p. 31-39.
- (53) The HABITS lab at UMBC. University of Rhode Island Change Assessment Scale: URICA. Consultado em Março e Abril de 2011 em http://www.umbc.edu/psyc/habits/content/ttm_measures/urica/readiness.html.
- (54) The KIDSCREEN Group Europe. (2006). The KIDSCREEN Questionnaires – Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- (55) World Health Organization. Adolescent health. Consultado em 23 de Maio de 2011 em http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/.
- (56) World Health Organization (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa. Consultado em 23 de Abril de 2011 em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.
- (57) World Health Organization (2002). Adolescent friendly health services. An agenda for change. Consultado em 23 de Abril de 2011 em http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf.

O ESTUDANTE DO ENSINO SUPERIOR E A PROMOÇÃO DA SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DO AUTOCONCEITO E DA SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

STUDENT OF HIGHER EDUCATION AND HEALTH PROMOTION: SOCIAL THE IMPORTANCE OF SELF-CONCEPT AND SATISFACTION WITH SUPPORT

Helena Pimentel¹, Carlos Monteiro²

¹Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. hpimentel@ipb.pt

²Serviços de Ação Social do Instituto Politécnico de Bragança. carlosm@ipb.pt

RESUMO

O estudante do Ensino Superior desenvolve diferentes aspetos identitários e de socialização profissional que podem ser vividos de forma mais ou menos intensa. É durante este período que se adquirem competências essenciais à entrada no mundo laboral. Na perspetiva holística da saúde, adotada sobretudo a partir de Alma-Ata, este processo requer adaptações gratificantes e bem sucedidas para a tomada de decisões, escolhas e uma visão do mundo e da realidade com repercussões e ramificações ao longo da vida, da saúde e do bem-estar. Objetivo: avaliar o autoconceito e a satisfação com o suporte social em estudantes do ensino superior e sua relação com variáveis biológicas, sociodemográficas e académicas. Estudo correlacional numa amostra estratificada proporcional por curso e por escola com aplicação de inquérito de caracterização das variáveis independentes, inventário do autoconceito (de Vaz Serra) e escala de satisfação com o suporte social (de Pais Ribeiro), que integra 272 alunos do sexo masculino (40,5%) e 400 alunos do sexo feminino (59,5%), totalizando 672. Em termos de resultados observaram-se para todos os fatores e totalidade das duas escalas valores médios superiores aos valores médios teóricos que traduzem, em termos médios, satisfação com o suporte social e um auto conceito moderado a elevado. Igualmente, as correlações obtidas entre os fatores que constituem as duas escalas revelam-se estatisticamente significativas a 1%, entre eles e o total e fraca entre fatores. Verificaram-se significâncias estatísticas entre as duas escalas e as variáveis académicas e sem significância com as variáveis biológicas e sociodemográficas. Conclui-se pela necessidade de trabalhar e reforçar comportamentos autoprotectores devido às permanentes e inevitáveis alterações, decorrentes desta etapa evolutiva.

Palavras-chave: promoção da saúde, ensino superior, satisfação com o suporte social; autoconceito.

ABSTRACT

The student of the Higher professional Education develops different aspects of identity and socialization that can be lived lives or less intense. It is during this period that acquire beginner's all-purpose symbolic instruction code skills you enter the working world. In holistic health, taken mainly from Soul-Act, this process requires adaptations rewarding and successful will be making decisions, choices and world view of reality and repercussions and ramifications throughout life, health and well-being. Objective: You assess the self-concept and satisfaction with social support students in to higher education and its relationship with biological variables, sociodemographic and academic. Correlational study in proportionate stratified sample by course and school survey with application of the characterization of the independent, self-concept inventory (Vaz Serra) and scale of satisfaction with social support (Pais Ribeiro), which includes 272 students male (40,5%) and 400 female students (59,5%), totaling 672. In terms of results were observed will be all the factors and total average values of the two scales to higher than the average theoretical translate, on average, satisfaction with social support and moderate you high self-concept. Also, the correlations obtained between the factors that constitute the two scales was statistically significant at 1%, between them and between full and weak factors. Statistical There were significances between the two scales and the academic and non-significant variables with biological and sociodemographic variables. It is concluded for the necessity to work and to strengthen behaviors auto-protectors due to the permanent and inevitable alterations, decurrent of this evaluative stage.

Keywords: health promotion; education; satisfaction with social support; self-concept.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, face ao processo de uniformização que o mundo sofre, com mudanças rápidas que se verificam aos níveis demográfico, social, cultural, económico, dos fatores epidémicos e dos comportamentos e estilos de vida dos indivíduos, introduzem-se ameaças à saúde das populações, exigindo respostas urgentes e eficazes fazendo cada vez mais sentido falar-se de promoção e educação para a saúde (Dias, 2006). Assim sendo, é cada vez mais necessária uma educação permanente, dinâmica e estimulante que vise o desenvolvimento e a promoção de comportamentos responsáveis assente nos seguintes fundamentos:

- Crescente evidência, consciência e preocupação de que as causas mais importantes de morte e de doença parecem ser consequência do comportamento individual, do estilo de vida ou dos riscos para a saúde existentes no local de trabalho ou no meio ambiente: argumento humanista;
- A magnitude dos custos com a saúde e o papel que a prevenção pode assumir na contenção desses custos: argumento económico.

Em consequência, reconhece-se que a prevenção deve ser uma prioridade, e que através dela, podem conseguir-se melhorias significativas na saúde ainda não alcançadas. Efetivamente, a crescente importância do “caráter social” dos fatores relacionados com a saúde/doença, refletiu-se no desenvolvimento do conceito de promoção da saúde ao longo dos tempos. Nesse sentido a promoção da saúde vai resgatar, ainda que de forma distinta, as propostas dos higienistas do século XIX, como Villermé, na França; Chadwick, na Inglaterra e Virchow e Neumann, na Alemanha, para quem as causas das epidemias eram tanto sociais e económicas como físicas e os remédios para as

mesmas eram prosperidade, educação e liberdade (Terris, 1992). A promoção da saúde é um processo que permite incrementar o controlo sobre a saúde, mobilizando aspetos políticos e sociais que abarcam não só ações dirigidas diretamente no sentido de fortalecer as habilidades e capacidades dos indivíduos, como também modificar as condições sociais, ambientais e económicas, com o fim de atenuar o seu impacto na saúde pública e individual. Visa melhorar a capacidade do indivíduo para atuar e a capacidade dos grupos, organizações ou comunidades para agirem sobre os seus determinantes.

Sigerist foi um dos primeiros autores a proferir o termo, quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Para o autor, a saúde não depende primordialmente de fatores individuais. A saúde promove-se proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física, formas de lazer e descanso, com o esforço coordenado de políticos, sindicatos e empresas, educadores e profissionais de saúde (Nunes, 1992). Importantes Conferências Internacionais desenvolveram as bases conceptuais e políticas da promoção da saúde: em Ottawa, Adelaide, Sundsvall, Jakarta, México e Banquecoque (Ministério da Saúde, 1986, 1988, 1991, 1997, 2000, 2005).

A promoção é pois um conceito mais amplo do que a prevenção da doença, na medida em que implica não só a proteção e a manutenção mas também a promoção do ótimo estado vital, físico, mental e social da pessoa e das comunidades (Salleras Sanmartí, 1985; Dias, et al., 2004). Uma componente básica na promoção da saúde é a educação. A educação para a saúde é, pois, uma estratégia da promoção da saúde. Frequentemente ambos os conceitos têm sido usados como sinónimos. Contudo, é necessário diferenciar a promoção da saúde como um conceito amplo, que inclui distintas estratégias de atuação e a educação para a saúde como um instrumento ou uma estratégia concreta dessa acção (Dias, et al., 2004). Diferentes contextos de vida, nomeadamente o contexto académico superior, podem aumentar a exposição dos jovens a exigências e riscos perante a saúde. Os riscos são inerentes à condição humana, mas Antonovsky (1984) defende o desenvolvimento dos fatores individuais que possam associar-se a uma minimização destes riscos, no sentido de os ultrapassar ou inclusive de os tornar úteis noutros domínios. A necessidade de ponderação dos riscos e dos fatores de proteção, isto é, dos atributos individuais, situacionais, ambientais e sociais que aumentam ou reduzem a probabilidade de ocorrência de um certo problema, ou doença, têm vindo a assumir importância. Há uma conceção sugerindo que, se um jovem possui fatores de proteção fortes, poderá resistir mais do que outros, na mesma situação, a apresentar condutas pouco saudáveis. Os fatores de proteção interna incluem o autocontrolo, enquanto os externos são assegurados, principalmente, pelo apoio social da família e da comunidade (Luthar, & Zigler, 1991).

Vaz Serra (1986) define autoconceito como o modo como o indivíduo se vê a si próprio, contribuindo de forma significativa na vida do quotidiano do sujeito. O autor divide o autoconceito em três áreas distintas: autoconceito psicológico que se refere ao modo como nos comporta e agimos; autoconceito físico que dá importância aos atributos físicos relativos ao corpo, à aparência e ao aspeto exterior; autoconceito social que faz referência às relações sociais que mantemos e que são significativas. Além destas características é formado no mínimo por três condições: a continuidade que lhe confere permanência, a discriminação que contribui para a diferenciação entre nós e os outros enquanto seres individuais, e por fim a biografia à qual atribuímos um determinado valor que nos ajuda a definir enquanto pessoas e a nossa trajetória de vida.

Em termos de suporte social, grosso modo, define-se como a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983). A investigação tem demonstrado que os aspetos, componentes ou dimensões do suporte social têm impacto diferente consoante o grupo etário (Olsen, Iversen, & Sabroe, 1991). Os autores verificaram que os elementos mais importantes no fornecimento de suporte social dependiam do grupo etário, com o cônjuge a exercer maior influência no grupo 30-49 anos e a família no caso de jovens e idosos. Por sua vez, Vilhjalmsson (1994) verificou que nos jovens, a família, neste caso os pais, constituem a principal fonte de suporte. O mesmo padrão foi encontrado por Henly (1997). Um estudo com jovens que cruza várias medidas suscetíveis de avaliar diferentes dimensões de suporte social, fornecidas por vários agentes, confirma que, na população portuguesa a fonte de suporte social mais importante é a família (Pais Ribeiro, 1999). Além disso, há uma outra dimensão relacionada com os fatores de proteção, que é a experiência de vida. O jovem já leva cerca de duas décadas de experiência de vida, facto que deve ser considerado na avaliação da sua capacidade de adaptação de mais esta etapa evolutiva.

Os diferentes estudos vêm abordando o impacto da transição e adaptação ao ensino superior, não apenas em termos de competências intelectuais e conhecimentos adquiridos, mas, particularmente, em termos da construção identitária. O início desta etapa formativa, para a maioria dos jovens coincide com a conquista da sua independência. Muitas mudanças ocorrem na vida do estudante que frequenta este nível de ensino, em particular, no primeiro ano. Estas mudanças, na maior parte dos casos, iniciam-se com a saída de casa dos pais (ainda que nem sempre) e com as exigências sociais de maior autonomia. Nesta fase transitória é imprescindível, portanto, que o jovem e a sua família sejam capazes de implementar estratégias de adaptação e reorganização, de forma a prevenir sentimentos de angústia, receio, ansiedade e descrença futura. Assim, parece claro que se queremos perceber a adaptação/ajustamento do jovem ao ensino superior é necessário ter em conta uma complexa interação de fatores motivacionais, sócio relacionais e institucionais, juntamente com a autoperceção e a confiança nas competências pessoais para enfrentar as tarefas e as exigências académicas. Nesse sentido, definimos como objetivo: avaliar o autoconceito e a satisfação com o suporte social em estudantes do Ensino Superior e sua relação com variáveis biológicas, socioeconómicas, demográficas e académicas.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo correlacional numa amostra estratificada proporcional por curso e por escola (5 escolas do Instituto Politécnico de Bragança) com aplicação de inquérito de caracterização das variáveis independentes, inventário do autoconceito (AC de Vaz Serra) e escala de satisfação com o suporte social (ESSS de Pais Ribeiro), que integra 272 alunos do sexo masculino (40,5%) e 400 alunos do sexo feminino (59,5%), totalizando 672, com idades entre os 19-29 anos. Definimos como critério de exclusão os estudantes com mais de 29 anos, tendo em conta o referencial teórico que caracteriza os limites cronológicos da juventude europeia (Machado, & Matias, 2006).

Em termos de caracterização da amostra 78% têm entre 19 e 23 anos com uma média de 21,85 anos; 60% são do sexo feminino, tendência verificada no ensino superior português (Grácio, 1997; Balsa, 2001; INE, 2002; Martins, Mauritti, & Costa, 2005; Amaral, Moreira, & Madelino, 2006) e também europeu (HIS, 2005). Os pais têm como escolaridade máxima a instrução primária com 41,4% para a mãe e 44,1% para o pai, seguida do 2.º ciclo (24,7%, para ambos). A formação de nível

superior é mais elevada mãe (10%, versus, 7%). Predomina a situação de doméstica (32,7%) na mãe, seguida de trabalhadora não qualificada (18,9%), no pai o grupo dos operários, (30,1%), seguido do pessoal dos serviços e vendedores (25,4%); 86,2% saíram de casa, vivendo maioritariamente em apartamentos com outros estudantes (75,3%) e em residências estudantis (13,3%); 40,9% revelam envolvimento em atividades extracurriculares. Os motivos mais apontados para estudar no Instituto Politécnico de Bragança foram: proximidade da zona de residência (32%), facilidade de entrada (28%) e prestígio da instituição/curso (18%).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Face aos aspetos referenciados e, ainda, porque as instituições de ensino superior deverão constituir-se como espaços privilegiados de treino de uma democracia cognitiva para incentivar jovens adultos a tomar decisões e a refletir sobre as suas consequências de forma autónoma, responsável e independente, apreender o que os jovens precisam para um desenvolvimento saudável e a envolvimento do meio para os ajudar, pode ser conseguido, através do conhecimento das vivencias deste público-alvo. Relativamente ao autoconceito obtiveram-se os resultados de descrição apresentados no quadro 1. Observam-se valores de *Alpha de Conbrach* (avaliação da consistência interna) na ordem dos 70% na aceitação/rejeição social e autoeficácia que traduzem uma consistência aceitável. Nos fatores maturidade psicológica e impulsividade/atividade a consistência observada é superior a 50% mas inferior a 60%, o que revela fraca consistência. Contudo, optou-se por manter os fatores de acordo com os pressupostos do autor. Na globalidade da escala total do autoconceito, a consistência é considerada boa (84,2%). Para esta escala quanto maiores os *scores* obtidos em cada fator e também no total, mais elevado é o autoconceito. Observam-se para todos os fatores e totalidade da escala valores médios superiores aos valores médios teóricos o que demonstra autoconceito moderado a elevado em cada temática abordada.

Quadro 1- Consistência interna e médias observadas na escala de autoconceito							
<i>Fator</i>	<i>Nº de itens</i>	<i>Alpha de Conbrach</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média Teórica</i>	<i>Média observada</i>	<i>Desvio Padrão</i>
<i>ARS</i>	5	0,753	6	25	15	18,363	2,989
<i>AE</i>	6	0,688	10	30	18	22,313	3,295
<i>MP</i>	4	0,504	5	20	12	15,240	2,178
<i>IA</i>	3	0,534	5	15	9	11,979	1,756
<i>Total AC</i>	20	0,842	38	98	60	75,789	8,533

ARS – Aceitação/Rejeição Social; AE – Auto-eficácia; MP – Maturidade Psicológica; IA – Impulsividade/Atividade.

Na escala de satisfação com o suporte social, consideraram-se os fatores descritos pelo autor e para os quais se obtiveram os resultados de descrição apresentados no quadro que se segue. Os valores de Alpha de Conbrach são superiores a 60% que traduzem uma consistência de modo geral aceitável. Para esta escala quanto maiores os *scores* obtidos em cada fator e também no total melhores os resultados de satisfação com a sua rede de suporte social. Observam-se para todos os fatores e totalidade da escala valores médios superiores aos valores médios teóricos que traduz em termos médios satisfação em cada temática abordada.

Quadro 2 - Consistência interna e médias observadas da satisfação com o suporte social

<i>Fator</i>	<i>Nº de itens</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média Teórica</i>	<i>Média Observada</i>	<i>Desvio Padrão</i>
SA	5	0,745	7	25	15	20,086	3,687
IN	4	0,582	4	20	12	15,380	3,329
SF	3	0,595	3	15	9	11,324	2,396
AS	3	0,636	3	15	9	9,098	3,016
Total ESSS	15	0,791	27	75	45	56,319	8,810

SA – Satisfação com Amizades; IN – Intimidade; SF – Satisfação com Família; AS – Atividades sociais.

O bem-estar e a saúde dos jovens devem ser integrados num contexto de aprendizagem para a vida adulta. As correlações obtidas entre os fatores que constituem a escala da satisfação com o suporte social revelam-se estatisticamente significativas a 1%, entre eles e o total. Os coeficientes obtidos evidenciam correlações moderadas a fortes entre fatores e total da escala e fraca entre fatores. Para a escala do autoconceito, todas as correlações obtidas entre os fatores e o total são estatisticamente significativas a 1%, à excepção da autoeficácia, maturidade psicológica, impulsividade/atividade em que as correlações são fracas entre si e com as atividades sociais.

Quadro 3 – Matriz de correlações entre os fatores e totalidade das duas escalas

<i>SA</i>	<i>IN</i>	<i>SF</i>	<i>AS</i>	<i>ARS</i>	<i>AE</i>	<i>MP</i>	<i>IA</i>	<i>Total ESSS</i>	<i>Total AC</i>	
1	0,52**	0,35**	0,29**	0,32**	0,24**	0,16**	0,13**	0,79**	0,31**	SA
	1	0,27**	0,37**	0,33**	0,26**	0,24**	0,12**	0,80**	0,35**	IN
		1	0,12**	0,20**	0,20**	0,11**	0,06	0,55**	0,22**	SF
			1	0,11**	0,06	0,03	0,05	0,62**	0,10*	AS
				1	0,46**	0,42**	0,50**	0,35**	0,80**	ARS
					1	0,44**	0,45**	0,27**	0,81**	AE
						1	0,39**	0,20**	0,70**	MP
							1	0,13**	0,70**	IA
								1	0,36**	Total ESSS

*Significância a 5%; **Significância a 1%

Quadro 4 – Médias obtidas na escala do autoconceito e da satisfação com o suporte social segundo o género

<i>Escala</i>	<i>Nº de itens</i>	<i>Género</i>				<i>Teste t</i>	
		<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>		<i>ET</i>	<i>P</i>
		<i>M</i>	<i>d.p</i>	<i>M</i>	<i>d.p</i>		
ESSS	SA	20,029	3,757	20,125	3,642	-0,330	0,742
	IN	15,529	3,220	15,278	3,401	0,963	0,336
	SF	11,261	2,471	11,368	2,347	-0,565	0,572
	AS	9,320	2,965	8,948	3,044	1,573	0,116
	Total	56,456	9,122	56,225	8,603	0,333	0,739
	ARS	18,625	2,854	18,185	3,068	1,877	0,061
AC	AE	22,430	3,181	22,233	3,372	0,763	0,446
	MP	15,221	2,179	15,253	2,181	-0,186	0,852
	IA	11,996	1,730	11,968	1,776	0,209	0,835
	Total	76,151	8,371	75,543	8,643	0,907	0,365

Tendo em conta o género (quadro 4) verifica-se que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. No entanto, os rapazes apresentam valores médios de satisfação mais elevados em todos os fatores das duas escalas à exceção da satisfação com as amizades na escala da satisfação com o suporte social e da maturidade pedagógica na escala do autoconceito.

Em termos de participação em atividades extracurriculares os estudantes dos diversos cursos apresentam diferenças a um nível de significância de 5% estatisticamente significativas para o fator amizade e globalidade da escala de satisfação com o suporte social (quadro 5). Nesta escala em todos os fatores e globalidade a satisfação é maior nos alunos que desempenham atividades extracurriculares. Na escala do autoconceito, nenhuma das diferenças obtidas é estatisticamente significativa, mas os alunos envolvidos em atividades extracurriculares revelam valores médios de satisfação mais elevados em todos os fatores e globalidade da mesma, com exceção do fator maturidade psicológica.

Quadro 5 – Médias obtidas na escala do autoconceito e da satisfação com o suporte social segundo a participação em atividades extracurriculares

Escala	Itens/ totais	Atividades extracurriculares				Teste t	
		Não		Sim		ET	P
		M	d.p	M	d.p		
ESSS	SA	19,846	3,669	20,433	3,691	-2,032	0,043*
	IN	15,196	3,423	15,644	3,177	-1,715	0,087
	SF	11,277	2,439	11,393	2,336	-0,615	0,539
	AS	8,927	3,005	9,345	3,021	-1,771	0,077
	Total	55,753	8,815	57,135	8,756	-2,003	0,046*
AC	ARS	18,217	2,913	18,575	3,089	-1,528	0,127
	AE	22,214	3,436	22,455	3,082	-0,930	0,353
	MP	15,302	2,280	15,149	2,024	0,896	0,371
	IA	11,957	1,767	12,011	1,744	-0,390	0,697
	Total	75,622	8,675	76,029	8,333	-0,608	0,544

*Significância a 5%

Atendendo à variável escola (quadro 6) verifica-se que as diferenças observadas são a um nível de significância de 1% estatisticamente significativas para o fator atividades sociais da escala de satisfação com o suporte social e a 5% para os fatores maturidade psicológica e impulsividade/atividade da escala do autoconceito. Para estes fatores que apresentam diferenças estatisticamente significativas aplicou-se o teste de *Scheffé* (comparações múltiplas, amostras muito desequilibradas) de forma a determinar entre que escolas ocorrem as diferenças. Assim, verificou-se que tais diferenças para o fator atividades sociais da escala da satisfação com o suporte social ocorrem entre as escolas da saúde e agrária/agrária e tecnologia e gestão de Mirandela sendo os alunos da escola agrária os mais satisfeitos neste fator. Quanto à maturidade psicológica da escala do autoconceito verifica-se que a diferença é válida entre as escolas da saúde e agrária sendo os alunos da saúde os mais satisfeitos neste fator. Relativamente ao fator impulsividade/atividade a diferença é significativa entre as escolas de tecnologia e gestão de Mirandela e educação sendo os alunos da educação os que apresentam valores mais elevados. Os níveis de satisfação para os restantes fatores e globalidade das escalas em análise são relativamente próximos nas diferentes escolas do Instituto.

Quadro 6 – Médias obtidas na escala do autoconceito e da satisfação com o suporte social segundo a escola

Escala	Itens	Escola										Teste Anova	
		ESSA		ESTIG		ESTIGM		ESA		ESSE		ET	p
		M	d.p	M	d.p	M	d.p	M	d.p	M	d.p		
ESSS	SA	20,03	3,49	20,03	3,85	20,06	3,58	20,80	3,42	19,97	3,72	0,63	0,64
	IN	15,52	3,31	15,26	3,32	15,48	3,30	15,60	3,29	15,33	3,41	0,23	0,92
	SF	11,54	2,11	11,45	2,31	11,35	2,56	11,52	2,59	10,87	2,53	1,96	0,10
	AS	8,56	2,85	9,25	3,09	8,42	3,03	10,32	2,78	9,13	2,95	4,69	0,00**
	Total	56,22	8,93	56,32	9,04	55,80	8,78	58,70	8,65	55,76	8,37	1,33	0,26
AC	ARS	18,36	3,05	18,35	2,96	18,11	2,91	17,87	3,10	18,72	2,99	1,12	0,34
	AE	22,09	3,03	22,11	3,41	22,46	3,19	22,90	3,54	22,50	3,24	1,01	0,40
	MP	15,65	1,91	15,10	2,21	15,26	2,12	14,68	2,09	15,38	2,32	2,46	0,04*
	IA	11,92	1,57	11,93	1,84	11,55	1,61	11,85	1,74	12,38	1,76	3,47	0,01*
	Total	75,88	7,97	75,31	8,90	75,20	7,69	75,18	9,35	77,06	8,39	1,25	0,29

*Significância a 5%; **Significância a 1%

4. CONCLUSÃO

Na presente investigação observaram-se valores médios superiores aos valores médios teóricos nas duas escalas aplicadas, o que demonstra uma percepção moderada a elevada em termos do auto conceito e de satisfação com o suporte social. As correlações entre os fatores que constituem as duas escalas revelam-se positivas e estatisticamente significativas. Os rapazes apresentam valores médios de satisfação mais elevados em todos os fatores das duas escalas à exceção da satisfação com as amizades na escala da satisfação com o suporte social e da maturidade pedagógica na escala do autoconceito. Estes resultados contrariam os obtidos noutros estudos ⁽²⁷⁾ em que as raparigas apresentam médias mais elevadas relativamente ao suporte social disponível. A percepção da existência de suporte social tem sido referida como uma das variáveis que promove a adaptação pessoal e social dos indivíduos em situações de mudança e transição. Relativamente à maturidade psicológica os resultados obtidos vão de encontro a estudos de já desenvolvidos no nosso país ⁽²⁸⁾, ao concluírem que os estudantes do 4º ano de enfermagem possuem valores de autoconceito superiores à média. Não se observaram correlações com significado estatístico com as variáveis: sexo, idade, pertença social, local de origem, saída de casa dos pais e insucesso escolar.

Na sociedade contemporânea o encaminhamento para a idade adulta efetua-se através de várias arenas sociais e o contexto formativo é uma dessas arenas. Ora, tendo em conta que os estudantes têm demonstrado comportamentos de algum risco para a saúde e para a vida, o ato de educar deve proporcionar vivências positivas e os fatores de proteção descritos, poderão facilitar a adoção de comportamentos saudáveis. Com efeito, é necessário considerar os vários desafios que a transição e a adaptação ao Ensino Superior desencadeiam e implementar ações que potenciem recursos desenvolvimentais, educativos, pessoais e institucionais. As instituições ao promoverem vivências académicas gratificantes, podem ajudar a adquirir hábitos de vida saudáveis, conducentes à saúde e ao sucesso global, desde o primeiro momento.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Amaral, A.; Moreira, R.; Madelino, F. (2006). *Acesso ao Ensino Superior, equidade e emprego*, Consultado em Dezembro, 2008, em <http://www.debatereducacao.pt/relatorio/files/CpV8.pdf>.

- (2) Antonovsky, A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. In J. H. Matarazo; M. Miller (Eds.). *Behavioural health: A handbook of enhancement and physical well-being* (pp. 114-129). San Francisco: Jossey-Bass.
- (3) Balsa, C. (2001). *Perfil dos estudantes do Ensino Superior. Desigualdades e Diferenciação*. Lisboa: Edições Colibri.
- (4) Dias, M^a. R. et al (2004). Promoção da saúde: o renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, (3), XXII, Julho/Setembro, 449-462.
- (5) Dias, S. (2006). *Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde*. Universidade Nova de Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical.
- (6) Grácio, S. (1997). *Dinâmicas da Escolarização e das Oportunidades Individuais*. Lisboa: Educa.
- (7) Henly, J. (1997). The complexity of support: the impact of family structure and provisional support on African American and white adolescent mothers' well-being. *American Journal of Community Psychology*, 25, 629-655.
- (8) HIS (2005), Eurostudent report 2005: social and economic conditions of student life in Europe 2005: Synopsis of indicators. Consultado em Junho, 2006, em <http://www.his.de/Abt2/Auslandsstudium/Eurostudent/index.htm>.
- (9) INE (2002). *Censos 2001: XIV Recenseamento Geral da População; IV Recenseamento Geral da Habitação*. Lisboa: INE.
- (10) Luthar, S. S.; Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, (1), 6-22.
- (11) Machado, L. F.; Matias, A. R (2006). Jovens descendentes de imigrantes nas sociedades de acolhimento: linhas de identificação sociológica. *CIES e-Working Paper*, (13), 1-23.
- (12) Martins, S. da Cruz; Mauritti, R.; Costa, A. F. (2005). *Condições socioeconómicas dos Estudantes do Ensino Superior em Portugal*. Lisboa: DGES/MCTES.
- (13) Melo Cruz, C.; Pinto, J.; Almeida, M.; Aleluia, S. (2010). Ansiedade nos estudantes do ensino superior. Um estudo com estudantes do 4^o ano do curso de licenciatura em enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu. *Revista Millenium*, 38/15, 223-242.
- (14) Ministério da Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde: Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- (15) Ministério da Saúde (1988). *As Recomendações da Conferência de Adelaide – Políticas Favoráveis à Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- (16) Ministério da Saúde (1991). *3^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- (17) Ministério da Saúde (1997). *Declaração de Jakarta sobre a Promoção da Saúde no século XXI, 4^a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, sob o lema: Novos actores para a nova Era - Adaptar a Promoção da Saúde ao século XXI*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- (18) Ministério da Saúde (2000). *5^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Declaração do México, sobre o lema: das ideias às acções*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

- (19) Ministério da Saúde (2005). *6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Declaração de Banguecoque sobre Promoção da saúde num contexto globalizado*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- (20) Nunes, E. D. (1992). Henry Ernest Sigerist pioneiro da história social da medicina e da sociologia médica. *Educ Med Salud*, Vol. 26, (1), 70-81.
- (21) Olsen, O., Iversen, L., & Sabroe, S. (1991). Age and the operationalization of social support. *Social Science and Medicine*, 32, (7), 767-771.
- (22) Pais Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3, (XVII), 547-558.
- (23) Salleras Sanmartí, L. (1985). *Educación Sanitária. Principios Métodos y Aplicaciones*. Madrid: Díaz Santos.
- (24) Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, (1), 127-139.
- (25) Seco, G.; Pereira, I.; Dias, I.; Casimiro, M. (2005). Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões. *Revista Psicologia e Educação*. Vol. IV, (1), 7-21.
- (26) Terris, M. (1992). *Conceptos sobre Promoción de la Salud- Dualidades en la Teoría de la Salud Publica*. Washington: OPAS/OMS.
- (27) Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico do Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7, (2), 67-84.
- (28) Vilhjalmsson, R. (1994). Effects of social support on self-assessed health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 23, (4), 437-452.

OS JOGOS ELETRÔNICOS NO QUOTIDIANO INFANTIL: PERCEÇÃO DAS CRIANÇAS E PROFESSORES

ELECTRONIC GAMES IN CHILDREN DAILY LIFE: CHILDREN AND TEACHERS PERCEPTION

Anabela Freitas¹, Carlos Albuquerque² & Vitor Rodrigues³

¹ – Instituto Superior Miguel Torga, ESAE, Portugal. *anagr40@gmail.com*

² – Escola Superior de Saúde de Viseu. *cmalbuquerque@gmail.com*

³ – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. *vmcpr@utad.pt*

RESUMO

Introdução: A família no início do século XXI encontra-se em processo de reconfiguração e democratização negocial entre pais e filhos. A chegada dos jogos eletrónicos e a rápida adesão das crianças aos mesmos, a tarefa de conciliação entre os hábitos de lazer tradicionais e o desenvolvimento vertiginoso dos jogos, é desigual. **Objetivos:** perceber o tipo de jogos preferidos e razões associadas a esta preferência. Análise do modo como determinadas variáveis estão associadas à maior intensidade de jogo por parte das crianças e a relação entre o jogar e o comportamento. **Método:** Realizou-se um estudo transversal, seguindo uma metodologia centrada na triangulação de métodos e dados, no qual participaram 8 professores e 84 crianças, maioritariamente do sexo masculino 54.76% e com uma média de idades de 8.32 anos e desvio padrão de 1.28. **Material:** entrevista semiestruturada e questionário. **Resultados:** Relativamente ao gosto e frequência com que jogam, constatou-se que apenas 10.71% das crianças dizem não gostar de videojogos. O motivo apresentado para gostarem de jogar é a procura de diversão (83,3%). O tipo de jogo favorito respeita à categoria "Desporto/Aventura/Ação". Quanto à intensidade de utilização de videojogos, com baixa intensidade de utilização, classificaram-se 44 crianças (52.4%), com intensidade alta de utilização 18 crianças (21.4%). **Discussão:** Quanto maior intensidade de jogo menor o desempenho nos trabalhos escolares desenvolvidos em casa. Também os professores reconhecem que uma maior intensidade de jogo pode ter influência no comportamento das crianças. Por outro lado, não se confirmou que uma maior supervisão parental seja sinónimo de menos horas de jogo. **Conclusões:** As evidências encontradas neste estudo convidam-nos para a criação e reflexão sobre estratégias que possibilitem a obtenção de um melhor conhecimento que facilite o desenho de programas de intervenção informativos e formativos quer em contexto escolar, quer familiar. O papel da sociedade é igualmente relevante.

Palavras-chave: crianças, jogos eletrónicos, escola, família, desenvolvimento

ABSTRACT

The family in the early twenty-first century is in the process of democratic negotiation and reconfiguration between parents and children. The arrival of electronic games and children's early access to them, the task of reconciling the traditional leisure habits and the breakneck development

of games, is uneven. **Objectives:** knowing the type of games preferred by children and the reasons associated to that preference. Analyze how certain variables are associated with increased intensity of play by children and the relationship between play and behavior. **Method:** A cross-sectional study, using a methodology focused on methods and triangulation of data, which was attended by eight teachers and 84 children, mostly males and 54.76% with a mean age of 8:32 years and standard deviation of 1.28. **Material:** semi-structured interview and questionnaire. **Results:** Regarding the taste and how often children play, it was found that: only 10.71% of children say they don't like video games. The reason given for playing is the looking for fun (83.3%). The favorite type of game goes for category "Sports / Adventure / Action." Intensive use of video games: were classified as low intensity use of 44 children (52.4%) and high intensity of use with 18 children (21.4%). Greater intensity of play is associated with a less satisfactory performance in school projects developed at home. Teachers recognize that a higher intensity of game has some influence on children's behavior. On the other hand, it wasn't confirmed that greater parental supervision means fewer hours of play. **Conclusions:** The evidence found in this study invite us to create and reflect about strategies that allow us to achieve a better knowledge to facilitate the design of intervention programs or information and training, in schools or family. The role of society is also relevant.

Keywords: children, electronic games, school, family, development

1. INTRODUÇÃO

O séc. XX trouxe-nos um desenvolvimento tecnológico surpreendente, especialmente no que respeita aos meios de comunicação de massa. A Internet e os jogos eletrónicos tornaram-se uma parte muito importante na rotina diária, de lazer, no ambiente familiar em detrimento de outras atividades como o desporto e a leitura (Moita, 2007). A imagem de uma família a ocupar a sala de uma casa, cuidadosamente concebida para o efeito, em saudável tertúlia, tornou-se situação pouco comum. Neste sentido, tem-se verificado uma alteração lenta mas permanente tanto ao nível do comportamento humano como a nível social. Como resultado de toda esta situação surgiram opiniões desiguais que, por sua vez, deram lugar a novos campos de investigação do domínio social e psicológico.

Os videojogos são o primeiro contacto das crianças com o mundo digital. Grande percentagem das novas gerações alfabetiza digitalmente através dos jogos e desenvolve competências diferentes das gerações anteriores. É isto que lhes permite movimentar-se na sociedade digital (Gros, 2008).

Atualmente, têm vindo a ser produzidos jogos que abrangem diferentes áreas e diferentes temáticas, tais como, o divertimento, a informação e a educação. Estes jogos apresentam uma dupla faceta. Se, por um lado, constituem um bom recurso pedagógico e didático contribuindo para o desenvolvimento e aprofundamento de competências sociais e cognitivas, por outro, favorecem situações ligadas à violência, agressividade e a todo o tipo de discriminação, com alguma frequência (Gutiérrez, 2004). Atendendo a estes dois aspetos, os videojogos têm originado muito debate e alguma polémica. Existem especialistas com opiniões opostas relativamente aos seus efeitos junto dos utilizadores.

Em última análise, questiona-se se a família, em virtude das transformações que tem vindo a sofrer, está ou não a delegar funções importantes que são ou deveriam ser suas.

De facto, e na perspetiva da Sociologia, a diversidade dos modelos conjugais e familiares é explicada pelo modo como os grupos ou os indivíduos interpretam as normas sociais produzidas num determinado contexto histórico. Deste modo, as transformações socioculturais influenciam os comportamentos familiares e vice-versa (Aboim & Wall, 2002).

Na área da Psicologia, Andolfi, (1981 cit in Alarcão, 2006) refere que a família é um *“sistema de interação que supera e articula dentro dela os vários componentes individuais (...) é um sistema entre sistemas”*.

De acordo com Gameiro (1985, cit in Relvas, 2004) *“A família é uma rede complexa de relações e emoções que não são passíveis de ser pensadas com os instrumentos criados para o estudo dos indivíduos isolados (...) A simples descrição de uma família não serve para transmitir a riqueza e complexidade relacional desta estrutura”*.

Os autores e as correntes que se dedicam à análise, estudo e terapia da família dando uma resposta com base em modelos epistemológicos e teorias atuais, particularmente de inspiração sistémica, convergem no sentido de a considerar, claramente, um *ser* uno e particular. Deste modo, a família é entendida como um sistema, um todo, um holão (do grego *holos*, todo). Contudo, nenhuma família é igual a uma outra ainda mais que existem vários tipos de família, com especificidades/características muito concretas (Relvas, 2004). A este propósito, um estudo efetuado por Aboim e Wall (2002), centrado nos tipos de família, concluiu que, em Portugal, há diversidade de tipos de interação familiar. Não há um tipo dominante de família. Há diferentes modos de se ser autónomo ou fusional. De acordo com o mesmo estudo, não se encontraram, na sociedade portuguesa, modelos dominantes mas antes uma pluralidade de formas de viver em casal e em família.

Relvas (2004), refere que falar de família é falar de dois fatores permanentemente implícitos: tempo e mudança. Segundo o mesmo autor e Alarcão (2002), nos nossos dias, é frequente falar-se de *novas formas de família*. Esta realidade leva-nos a refletir acerca de contextos familiares diferentes dos chamados contextos tradicionais. É por comparação com esta família tradicional que se tende a procurar e a sinalizar as particularidades e vicissitudes das novas formas de família. Em suma e no pressuposto que não há duas famílias iguais, todas estas realidades conduzem mães e pais a uma espiral recíproca de incompreensão e necessidades insatisfeitas. Draper (2002) sugere o envolvimento e a participação do pai em diferentes atividades, a partir de uma idade muito precoce. As experiências de transição para a parentalidade são individuais a cada pai, de acordo com o grau de mudança que este acontecimento trará à sua vida. Contudo, uma transição implica forçosamente a aprendizagem de novos papéis e relacionamentos (Cowan & Cowan, 1995 cit in Knauth, 2001) com vista ao desenvolvimento de uma capacidade de resposta e desempenho de um novo papel (Nyström & Öhrling, 2004). A aprendizagem de novas competências pode, na opinião de Warren (2005), gerar ansiedade aos pais e afetar o seu desempenho.

É no seio da família que a criança satisfaz as suas necessidades básicas – alimentação, saúde, higiene e segurança – e aprende a respeitar regras e normas, tornando-se assim uma pessoa responsável e disciplinada (Colaço, 1993 cit in Melo, 2008). Porém, entendemos ser importante questionarmo-nos e refletirmos acerca dos estilos parentais educativos, na medida em que, muitas das vezes, a escassez do tempo, as tarefas a cumprir, bem como os problemas pessoais interferem na educação dos filhos, levando-os a adiar “aquele bocadinho” para dedicar à criança ou mesmo a demitirem-se do seu papel parental permitindo, desse modo, que aqueles ocupem os seus tempos livres das mais variadas formas, sendo que uma das mais comuns é a “jogar”.

Os progenitores/encarregados de educação educam os filhos não só de acordo com as circunstâncias em que vivem e com as características inerentes às crianças, mas também de acordo

com as suas próprias ideias, atitudes e características de personalidade (Cruz, 2005). A personalidade e a psicopatologia dos pais influenciam o comportamento parental e também têm impacto na qualidade da relação com os filhos (Cowan, Powell & Cowan, 1998 cit in Cruz, 2005; Zahn, Waxler, Duggal & Gruber, 2002 cit in Cruz, 2005). Também Mulsow, Caldera, Pursley, Reifman e Huston (2002) realizaram um estudo no qual a personalidade foi considerada o preditor mais forte do stress parental.

Neste sentido, as investigações mostram que relações caracterizadas por insegurança, pouca proximidade emocional e estilos parentais educativos marcados por falta de suporte, interesse e carinho estão relacionadas com perturbações psicológicas na idade adulta (Araújo, 2003). O suporte emocional proporcionado por progenitores durante a infância e adolescência parece ser um factor protetor para as perturbações emocionais na idade adulta (Canavarro, 1999).

A diferença geracional implica a assumpção de uma posição de liderança e autoridade pela parte dos pais uma vez que os filhos necessitam de regras e de um contexto de segurança. Se a família não assumir esta diferença surgem os problemas de controlo parental (Relvas, 2004).

Como se definiria então, uma família “normal”? Haverá definição possível? Podemos concluir que uma família que vai bem, não é uma família que não tem problemas, mas uma família que os sabe resolver. Uma família que vai arranjando estratégias para se adaptar a novas situações, mantendo o equilíbrio, independentemente da tipologia familiar que a caracteriza.

Um outro aspeto não menos importante e daí a necessidade do seu enquadramento teórico, prende-se com o desenvolvimento da própria criança no seio familiar. De acordo com Piaget (1954) os fatores culturais e sociais podem influenciar o ritmo de desenvolvimento cognitivo das crianças. Citando Biscaia (2001), *“a inexistência de laços vincutivos iniciais com uma figura materna e/ou paterna só pode ser ultrapassada por um mundo imaginário a que um pequeno objeto ou a simples memória de um gesto dão a consistência de realidade inabalável. Só essa memória permite uma resiliência que irá tornar possível encontros de alteridade com um futuro de permanência (...)”*.

De acordo com um estudo muito recente, Wim (2007, cit in Pereira e Pereira, 2010) refere que *“a geração para quem aprender é jogar”* desenvolve variadas competências, especialmente porque o ato de jogar é um divertimento, o que reverte a favor de uma aprendizagem facilitada.

Para melhor se compreender o fenómeno dos videojogos é fundamental conhecer a perspetiva dos seus utilizadores, nomeadamente os mais novos, que se diz terem grande tendência para esta atividade graças ao acesso relativamente facilitado aos dispositivos de jogo (computador, consolas, telemóvel, Internet) (Pereira e Pereira, 2010). Por intermédio deste mesmo estudo foi possível concluir que apesar de ter sido feito um esforço no sentido de apurar as perceções das crianças quanto à prática dos videojogos, percebeu-se que as mesmas se encontram algo “contaminadas” pelas perspetivas dos adultos ao fazerem uma associação automática dos videojogos à violência. Esta questão parece justificar uma abordagem dos videojogos na perspetiva da educação para os media.

Sumariando, é importante que os pais estejam preparados para a parentalidade, através da adequação das respostas às características e necessidades dos seus filhos. Estes aspetos serão facilitadores da interação de qualidade que permitirá a criação de laços afetivos mútuos e um desenvolvimento sócio-emocional e cognitivo saudável da criança, servindo de alicerce na relação que estabelecerá com ela própria e com o mundo, numa perspetiva de desenvolvimento e formação de uma personalidade equilibrada.

“Personalidade” vem do latim *persona*, (máscara utilizada pelos atores nas peças de teatro). É fácil perceber como *“persona”* se refere à aparência externa que exibimos a quem nos rodeia. É o visível,

palpável, o que aparentamos ser. No entanto, personalidade é muito mais do que isso. Ela engloba ainda o que está por detrás da máscara, o conjunto de características que vão além das qualidades físicas. Não é rígida nem imutável, pode variar de acordo com as circunstâncias (Shultz e Shultz, 2002). No que diz respeito à influência do meio, poderemos afirmar que as crianças estão a passar por um processo de socialização que se distingue largamente daquele por que passaram os seus pais. Os cientistas afirmam que *“Different kinds of experiences lead to different brain structures”* (Prensky, 2001a: 1).

A estrutura cerebral das crianças de hoje é provavelmente diferente, como resultado dos meios digitais a que tiveram acesso durante o seu desenvolvimento e com os quais cresceram. Esta suposição é apoiada na neurobiologia, psicologia social, e em muitos estudos realizados em crianças onde foram usados jogos de vídeo como meio de ensino (Prensky, 2001b).

Para concluir, será pertinente destacar alguns aspetos e características do pensamento das crianças, fruto da exposição aos jogos de vídeo e a outros produtos digitais como sejam a capacidade de ler as imagens visuais como representações em três dimensões; habilidades multidimensionais visuais e espaciais; elaboração de mapas mentais do resultado final de uma tarefa ainda antes de a terem desempenhado; fazer observações, formular e imaginarem as regras de conduta de comportamentos de uma representação dinâmica; monitorar múltiplos locais ao mesmo tempo e também responder de uma forma mais rápida aos estímulos esperados e inesperados (Prensky, 2001b).

Com todo este desenvolvimento tecnológico, será que as crianças perderam as suas capacidades de leitura e pensamento no meio de todo este processo de reprogramação? (Prensky, 2001b). Estudos efetuados demonstram que uma área que parece que foi afetada com estes novos modelos de pensamento foi a reflexão. Segundo alguns teóricos, a reflexão pode ser definida pela capacidade que nos permite generalizar, à medida que construímos os nossos modelos mentais, derivados das nossas experiências. É, em muitas medidas, o processo de aprender com a experiência (Prensky, 2001b).

Mas afinal de que se fala quando nos centramos na descrição dos jogos eletrónicos? Etimologicamente a palavra “jogo”, provém do latim *“ludus, ludere”*, para designar jogos infantis (Moita, 2007). Pode considerar-se como *videojogo* todo o tipo de jogo eletrónico interativo que oferece uma série de actividades lúdicas que têm em comum a utilização de uma plataforma eletrónica independentemente do seu suporte e da plataforma tecnológica que utiliza (consola portátil, videoconsola, telemóvel, entre outras) (Gutiérrez, 2004). De acordo com Moita (2007) um videojogo *“é um conjunto de atividades que envolve um ou mais jogadores. Existem metas, desafios e consequências. Além disso, tem regras e envolve alguns aspetos de uma competição”*. Em suma e de um modo geral, pode-se então definir videojogo como *“um tipo de jogo baseado na interação do/a utilizador/a com uma consola, um computador, um telemóvel ou outro tipo de tecnologia, através de um comando”* (Oliveira e Pessoa, 2008). Assim, os videojogos são únicos, quando comparados com outros jogos, porque são interativos (encorajam os jogadores a participarem ativamente no jogo). Deste modo, crianças e adolescentes são induzidos a selecionar todo o tipo de ações (utilizando armas, bombas, autodestruição virtuais) e tomada de decisões imediatas se não querem ser “mortos”, destruídos ou “abalroados”. Como participantes ativos, os jogadores identificam-se fortemente com as personagens e com as suas características violentas. Consequentemente, retêm e interiorizam pensamentos e comportamentos semelhantes (Anderson et al, 2000).

Os videojogos, sempre na vanguarda dos avanços tecnológicos, podem servir para a abertura de novos horizontes e aquisição de outros conhecimentos. Alguns, são verdadeiros enigmas, podendo funcionar a favor do desenvolvimento da capacidade dos jogadores para a lógica e resolução de problemas. Alheios a todos estes aspetos, as crianças de hoje, jogam este tipo de jogos porque os acham divertidos, porque lhes possibilitam jogar contra amigos ou familiares ou simplesmente porque se revelam uma boa ferramenta “brinquedo” para ocupação do tempo livre (Magalhães, 2009).

No que diz respeito à evolução dos videojogos poderemos afirmar que o primeiro jogo interativo foi criado por Willy Higginbotham em 1958 e consistia num jogo de ténis para duas pessoas. Mais tarde, em 1961, Steve Russel, um estudante da universidade americana MIT (Massachusetts Institute of Technology) desenhou um jogo interativo a que chamou *Spacewar* (DeMaria e Wilson, 2002; Gutiérrez, 2004; Moita, 2007). Constatou-se uma veloz evolução. A questão que se coloca prende-se com toda esta evolução tecnológica. Será que a componente educativa associada ao jogo ficou sempre salvaguardada? Qual o verdadeiro papel do jogo na educação da criança? Apesar das opiniões díspares acerca dos efeitos das novas tecnologias no quotidiano educativo das crianças, desde cedo elas têm acesso aos vários meios de comunicação, contudo, a relação das crianças com os meios eletrónicos não é debatida do mesmo modo por todos os autores. Segundo Cabral (2001), o mecanismo dos jogos, ao isolar o indivíduo no ato do jogo, impede-o simultaneamente do contacto humano e do convívio com o próximo. O mesmo autor refere também que o prazer lúdico, não é um prazer inocente pois está ligado ao desejo de vencer.

Perante a aproximação cada vez maior entre os meios eletrónicos e as camadas mais jovens poder-se-á dizer que, mais do que nunca, estamos perante uma nova geração, a geração eletrónica. Em particular, de acordo com Buckingham, acredita-se que as novas tecnologias de comunicação proporcionarão novas oportunidades à comunidade, à criatividade e à realização pessoal (Buckingham, 2002).

Segundo Okagaki & Frensch (1994), os jogos de computador apresentam ainda um papel no desenvolvimento de determinadas competências nomeadamente, na atenção e concentração espacial, no aumento de capacidades de precisão e de reação e ainda, na aquisição/desenvolvimento de competências de resolução de problemas e de tomada de decisões (Gros, 1998; Escofet & Hurtado, 2007).

Face a este enquadramento, e apesar das opiniões diversas acerca dos efeitos das novas tecnologias no quotidiano das crianças, facilmente se constata que as tecnologias deixaram de ser entendidas como responsáveis por tudo de menos bom que poderia levar ao declínio social e começaram a ser apoiadas a fim de serem incluídas no quotidiano das novas gerações. Quando chega ao momento da interação criança/tecnologia a relação é muito natural e espontânea, quase como um instinto natural.

Centremo-nos agora na problemática da violência contida nos jogos eletrónicos, numa lógica de “quando brincar é algo sério”. A este respeito salientamos que uma das principais questões que os jogos eletrónicos nos suscitam quando presentes no processo do desenvolvimento infantil é: qual vai ser a função do jogo no processo de socialização?

Segundo Gros (2008) a preferência dos jovens por videojogos violentos pode ser explicada por a sociedade não lhes proporcionar rituais segundo os quais possam sentir-se integrados.

De acordo com o Relatório Final (E-Generation) elaborado por intermédio do Apoio à Investigação da Fundação Portugal Telecom (2007) é entre os mais novos que há uma maior percentagem de

jogadores (52,3%) que utilizam jogos que não são para a sua idade, enquanto que entre os mais velhos essa percentagem desce para os 26,3%.

Dos jogos eletrónicos que possuem regras à revelia das socialmente aceitas, destacam-se, entre muitos outros, o *Carmageddon*. Este, é um jogo de corrida, onde os objetivos passam por agredir os adversários, incendiar pessoas, atropelar peões e animais e bater contra edifícios ou objetos espalhados pelas ruas. Quanto mais esses atos são praticados, mais *pontos* são ganhos (Abreu, 2003). Um outro jogo, o *Counter Strike*, baseia-se no confronto entre dois grupos rivais, terroristas e polícias. Os objetivos deste jogo consistem em implantar/desarmar bombas, fazer/resgatar reféns, matar/proteger o líder, entre outros. A cada inimigo morto e a cada objetivo alcançado, o jogador *acumula pontos e dinheiro* (Gazetta et al, 2005). De destacar, também, o jogo *The Sims* que simula a vida real. No entanto, este jogo contém regras diferentes. Segundo Abreu (2003), o utilizador não tem que atender às regras do mundo real, sendo talvez este motivo a principal razão para um sucesso tão grande entre os adeptos dos jogos.

Numa espécie de chamada de atenção para estes fenómenos, Walsh (2000) sugere que se deve atender a um conjunto de cuidados para salvaguardar e esclarecer as crianças. Estes cuidados passam por definir limites acerca do número de vezes e de horas que a criança joga; conhecer a classificação dos jogos de vídeo; não permitir que joguem no quarto; supervisionar o uso da Internet pois estão muitos jogos de vídeo disponíveis online. Deve, ainda, aproveitar-se para discutir com as crianças os jogos que os mesmos utilizam e esclarecer questões pertinentes, tais como, indagar como se sentem sobre o que observam nesse jogo. Será, assim, uma excelente oportunidade para partilhar emoções e sentimentos servindo o jogo como elo de aproximação entre pais e filhos. Por último, partilhar dúvidas, informações ou ideias com outros encarregados de educação sobre determinados jogos é de extrema importância, já que tem como finalidade a obtenção de ajuda perante uma situação que é comum e de particular interesse na educação dos filhos.

Não podemos esquecer que as relações sociais virtuais podem servir de complemento às relações sociais reais, contudo, não as devem substituir.

É neste contexto que também os estudos empíricos têm a sua utilidade, na tentativa de procura de explicações e soluções para determinadas problemáticas. Deste modo, a escolha de um tema de investigação, pode responder não somente às preocupações pessoais, mas também às da sociedade em que se insere (Gauthier, 2003). Logo, uma investigação pretende satisfazer duas pertinências: a pertinência social e a pertinência científica. Sendo que a pertinência social será “ (...) *estabelecida mostrando como a investigação pode responder às preocupações dos praticantes ou dos decisores envolvidos na investigação*” (Gauthier, 2003); e a pertinência científica “*pretende conhecer melhor uma realidade*”. Assim sendo, tendo por base o contexto teórico anteriormente descrito e no pressuposto dos poucos estudos portugueses, já efetuados no domínio concreto da influência dos jogos eletrónicos no quotidiano da criança, fomos levados a expressar a nossa problemática nas seguintes questões de investigação: “*Que variáveis estão associadas à maior intensidade de jogo por parte das crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos?*”; “*Qual a relação que existe entre jogar videojogos e o comportamento das crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos?*”. Tendo presente estas questões, referimos que o presente estudo persegue quatro grandes *objetivos gerais*:

- o primeiro propõe-se caracterizar o tipo de prática de jogo eletrónico e suas implicações em alunos do primeiro Ciclo do Ensino Básico;
- o segundo objetivo consiste em conhecer os tipos de jogos preferidos e razões associadas a esta preferência;

- o *terceiro* objetivo, visa conhecer as variáveis que estão associadas à maior intensidade de jogo por parte das crianças;
- o *último* grande objetivo, visa contribuir para a reflexão sobre esta problemática, numa lógica de produção de conhecimento que facilite o desenho de programas de intervenção formativos e informativos, em contexto escolar e familiar.

2. MATREIAL E MÉTODOS

Partindo do pressuposto que a seleção do instrumental metodológico se deve essencialmente adequar ao problema a ser estudado, à natureza dos fenómenos, aos objetivos delineados e, ainda, ao objeto da pesquisa (Hill & Hill, 2005), este capítulo terá como finalidade descrever o planeamento metodológico necessário ao desenvolvimento da nossa pesquisa. Neste sentido, conceptualizámos um estudo transversal pautado por uma triangulação de métodos e dados. Assim, face ao objeto e aos objetivos desta investigação seria necessário recolher informações acerca das ideias, opiniões, sentimentos, saberes e experiências destas crianças ou, dito por outras palavras, procurar “ (...) *uma abordagem de investigação que tentasse compreender o sentido de um fenómeno em estudo tal como é percebido pelos participantes* (...) ” (Gauthier, 2003, p.279), pelo que adotámos por uma abordagem qualitativa onde alguns dos dados foram recolhidos através da técnica da entrevista.

Por outro lado, numa lógica complementar, de recolha de informação, que permitisse à presente investigação melhor conhecer e compreender a realidade subjacente à problemática em estudo, procedemos, num determinado momento da investigação, a um estudo de natureza quantitativa obedecendo a um desenho característico de um *estudo não experimental* (Pedhazur & Schmelkin, 1991, p.211), também designado por *estudo de observação passiva* (Cook & Campbell, 1979, p.296) ou *estudo correlacional e de observação* (Gil, 1995), em virtude de não existir manipulação de variáveis independentes e com ele se pretender efetuar a descrição das características da amostra, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis, no caso concreto entre algumas variáveis de contexto sócio-demográfico/familiar/escolar (sexo, ano de escolaridade, supervisão parental, relação com os heróis, desempenho e comportamento do aluno) e a intensidade de utilização de videojogos por parte das crianças.

2.1 Participantes

O processo de seleção de uma qualquer amostra requer alguns cuidados metodológicos que a tornem representativa da população a que pertence, como forma de permitir a generalização dos resultados ao universo populacional de que foi retirada. Embora o objeto de generalização seja sobretudo, segundo alguns autores, valorizado em aferição de provas psicológicas, julgou-se importante, para o estudo do problema em questão, ter uma amostra significativa e também heterogénea. Importava que o número de selecionados viabilizasse as análises estatísticas subsequentes, que o fizesse de um modo consistente e que a seleção dos sujeitos fosse feita o mais aleatoriamente possível.

Neste contexto, a seleção da amostra seguiu o método de amostragem *probabilístico por agrupamento* (os sujeitos da população constituíam grupos naturais: *escolas* e *anos escolares*). Mais especificamente, procedeu-se à *seleção aleatória* das escolas públicas do 1.º Ensino Básico do distrito de Coimbra, tendo resultado as seguintes Escola do primeiro ciclo do ensino básico de Santana; Escola do primeiro ciclo do ensino básico de Tromelgo e Escola do primeiro ciclo do ensino

básico de Ferreira-a-Nova. Em cada um desses estabelecimentos de ensino, procedeu-se ao sorteio das turmas (e não dos sujeitos considerados individualmente), isto é, as turmas avaliadas foram retiradas ao acaso de entre as turmas existentes na Escola.

Consideramos como requisitos necessários à inclusão dos sujeitos no estudo: idade compreendida entre os 6 e os 10 anos e a não apresentação de necessidades educativas especiais e crianças que afirmaram costumar jogar jogos de vídeo. Uma vez efetuado o processo de seleção, a amostra ficou constituída por 84 crianças, 45.24% do sexo feminino e 54.76% do sexo masculino e maioritariamente a frequentar o 4º ano de escolaridade (30.95% da amostra).

Salientamos que o facto de se terem selecionado crianças a frequentar o 1.º Ciclo do Ensino Básico se deve à escassez de estudos nesta faixa etária. Saliente-se também que, por forma conhecer-se a influência dos videojogos no comportamento do aluno, em sala de aula, bem como no seu desempenho inerente aos “Trabalhos de Casa”, foi passado um questionário aos seus professores, em número de 08.

2.2 Instrumento de colheita de dados

No pressuposto do que foi afirmado no sub-capítulo anterior, as técnicas utilizadas para a recolha de dados centraram-se na entrevista e no questionário. Em concreto, e atendendo às idades dos entrevistados, a opção recaiu na entrevista semidirigida. Este método tem como finalidade permitir “ (...) *chegar à compreensão de uma certa realidade, de um certo fenómeno, sendo esta a intenção do investigador*” (Pauzé, 1984, cit in Gauthier, 2003, p.280), sendo que a posterior análise das informações recolhidas, que provirão das entrevistas realizadas, forneceram numerosas informações que contribuirão para a descoberta das respostas que satisfaçam os objetivos pré-estabelecidos (Quivy e Campenhoudt, 2003). Assim, a entrevista semidirigida, pressupondo a concretização de vários objetivos, caracteriza-se pela sua flexibilidade em termos de ordem pela qual as perguntas são realizadas. Esta ordem não tem necessariamente que ser seguida, podendo ser alterada. A ideia será “deixar andar” o entrevistado e dar-lhe a oportunidade de falar abertamente, usando as palavras que desejar. Foi esse o propósito seguido no nosso estudo, quer no âmbito das crianças quer nos professores entrevistados.

No que diz respeito ao questionário utilizado, o mesmo integrou um conjunto de questões com o objetivo de mensurar variáveis de contexto sócio-demográfico, familiar, escolar e toda uma diversidade de informações inerentes ao enquadramento da utilização dos videojogos por parte das crianças. Saliente-se que para a mensuração das profissões dos pais das crianças inquiridas foi utilizada a Classificação Nacional das Profissões (CNP-94). A CNP-94 faz a revisão da CNP-80, tendo por base a CIP-88 (*Classification internationale type des Professions*).

Em síntese, podemos afirmar que as técnicas selecionadas, de suporte às abordagens qualitativa e quantitativa do estudo, tiveram como finalidade obter um conjunto integrado e complementar de informação que permitisse compreender o fenómeno no seu todo, fornecendo-nos um enfoque para a compreensão da realidade. Ora, neste estudo, o fenómeno desconhecido, que pretendemos compreender melhor, são as relações de utilização que as crianças têm com os jogos de vídeo. Assim, o caráter descritivo, que caracteriza a metodologia de estudo adotada, irá estar presente no decorrer da análise das entrevistas realizadas, na medida em que é uma das nossas finalidades descrevermos a relação de utilização que efetivamente existe entre as crianças envolvidas no estudo e os jogos de vídeo. Para além disso, como foi descrito anteriormente, a lógica indutiva também estará presente aquando da análise dos dados recolhidos no terreno. Esta será uma particularidade

do estudo, porque teremos que analisar as respostas dadas por cada um dos inquiridos e daí, chegarmos a uma conclusão genérica, de acordo com os dados adquiridos no trabalho de campo.

2.3 Procedimentos

A metodologia utilizada na recolha de dados foi idêntica em todas as escolas que integraram o estudo. Com vista a obter autorização superior para a administração dos instrumentos de avaliação foi solicitada uma reunião e endossado um pedido de autorização à Direção do Agrupamento e à Direção das escolas sorteadas. A reunião com as Direções das Escolas serviu para as informar: dos objetivos do estudo; da necessidade de cedência de tempos letivos por parte dos professores para aplicação do questionário, do processo seguido na seleção das turmas e solicitar autorização aos Pais, que se materializou na elaboração e envio de um Consentimento Informado a todos pais dos alunos, a explicar todo o enquadramento e respetivos objetivos, assim como a pedir a sua permissão. Registe-se a disponibilidade geral dos professores e a sua colaboração na cedência do tempo letivo para a administração dos instrumentos, bem como também a sua efetiva participação no estudo. Posteriormente a este procedimento e de modo a garantir a maior fidelidade possível de recolha de dados só foram entrevistadas as crianças que afirmaram costumar jogar jogos de vídeo. Ou seja, aquelas crianças que afirmaram não terem a prática de jogar jogos de vídeo, foram automaticamente excluídas. Para isto foi preciso levar a efeito uma seleção das crianças a entrevistar.

O tratamento estatístico dos dados referentes a este estudo, foi efetuado informaticamente, através do programa *Statistic Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 18.0. Para sistematizar a informação obtida recorremos a técnicas de estatística descritiva: distribuições de frequências relativas e absolutas; medida de tendência central (média aritmética); medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão). Para tratamento de dados, de acordo com os objetivos traçados, iremos apresentar os resultados finais obtidos nas questões da entrevista. Neste processo de análise de conteúdo das respostas dadas pelas crianças entrevistadas, tendo em vista a confidencialidade das informações e o respeito pelo anonimato, utilizámos nomes fictícios sempre que transcrevemos algumas respostas.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesta fase do trabalho, alicerçado em procedimentos estatísticos, procedemos à apresentação dos dados e resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos selecionados. Mais concretamente, num primeiro momento apresentaremos os resultados inerentes à caracterização da amostra de alunos, para numa segunda fase, nos centrarmos na análise de resultados relativos aos professores.

As questões que compõem a entrevista realizada às crianças que participaram neste estudo, podem ser consultadas nos anexos. Na apresentação dos resultados, os dados com maior relevância estão organizados em figuras e quadros, de modo a permitir uma melhor compreensão e discussão.

3.1 Caracterização sócio-demográfica dos alunos em estudo

Pelos resultados expressos no quadro 1 podemos constatar que da amostra fizeram parte 84 crianças, 45.24% do sexo feminino e 54.76% do sexo masculino. Frequentavam o 1º ano de escolaridade 19.05% da amostra, com uma média de idades de 6.56 anos ($Dp=0.51$). Do 2º ano

foram inquiridos 22.62%, com uma média de idades de 7.37 anos ($Dp=0.50$). Frequentavam o 3º ano 27.38% da amostra, com a idade média de 8.91 anos ($Dp=0.51$). Por fim, o 4º ano contribuiu com 30.95% da amostra e as idades obtiveram a média de 9.58 anos ($Dp=0.50$).

Quadro 1. Caracterização da amostra de alunos: sexo, escolaridade e idade

	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Idade Média</i>	<i>Dp</i>
Sexo				
Feminino	38	45.24	8.34	1.24
Masculino	46	54.76	8.30	1.33
Ano escolaridade				
Primeiro ano	16	19.05	6.56	0.51
Segundo ano	19	22.62	7.37	0.50
Terceiro ano	23	27.38	8.91	0.51
Quarto ano	26	30.95	9.58	0.50
Totais	84	100	8.32	1.28

Para operacionalizar a variável *profissão dos pais* recorreu-se à Classificação Nacional de Profissões (CNP-94) do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP, 2001). A CNP-94 faz a revisão da CNP-80, tendo por base a CIP-88 (*Classification internationale type des Professions*). Neste sentido, o grupo profissional mais representativo entre os pais é o que incorpora os “Operários, artífices, e trabalhadores similares” com 46.25% da amostra. Entre as mães o grupo profissional mais frequente é o do “Pessoal dos serviços e vendedores” com 32.10% da amostra. Quanto ao grau de escolaridade, o mais representativo entre os pais é o 3º ciclo (26.19%) e, entre as mães, o ensino secundário (27.38%). Observa-se alguma tendência para as mães serem mais escolarizadas, refletindo-se também a tendência no que diz respeito aos graus universitários, onde encontramos 2.38% dos pais e 10.71% das mães.

3.2 Caracterização da amostra de professores

Os professores respondentes pertenciam, maioritariamente, à Escola de Santana, sendo que havia um professor por cada ano escolar. No que respeita à escola de Ferreira-a-Nova, encontrámos dois professores que lecionavam dois anos em simultâneo (um deles: o primeiro e terceiro anos; o outro: o segundo e quarto anos). Na escola de Tromelgo verificou-se situação semelhante (um dos professores lecionava o primeiro e quarto anos; o outro lecionava o segundo e terceiro anos).

3.3 Estudo subjacente aos jogos eletrónicos no quotidiano das crianças

Centrando-nos agora nos resultados subjacentes ao enquadramento dos jogos eletrónicos no quotidiano das crianças, constatamos que: apenas 10.71% das crianças dizem não gostar de videojogos; não jogam na consola/playstation todos os dias 46.43% das crianças, e no computador 29.76%; jogam uma vez por dia na consola/playstation 13.10% das crianças e no computador 33.33%. Como seria de esperar as crianças dedicam mais tempo ao fim de semana a jogar jogos de vídeo do que durante a semana. Durante os dias de semana 64.29% joga menos de uma hora, enquanto que este valor desce para 33.33% ao fim de semana em favor do aumento da percentagem de mais de uma hora de utilização. A diferença foi estatisticamente significativa ($\chi^2(4)=22.593$, $p=.000$).

Num outro contexto, quando questionados acerca do **motivo** pelo qual gostam de jogar, a maioria das crianças inquiridas (83,3%) vê o jogo como uma forma de diversão. Quanto ao **tipo de jogos** que costumam jogar a maioria referiu que a categoria mais frequente se centra no "Desporto/Aventura/Ação" logo seguida da categoria "Infantil/Família". No que respeita aos **jogos favoritos**, citam também os jogos da categoria "Desporto/Aventura/Ação" e da categoria "Infantil/Família". Foram classificados com baixa intensidade de utilização 44 crianças (52.4%), com utilização moderada 22 crianças (26.2%) e com intensidade alta de utilização 18 crianças (21.4%).

Quadro 2. Intensidade de utilização de videojogos

Fim de semana				Total
Durante os dias de semana	menos de 1 hora	entre 1 a 2 horas	mais de 2 horas	
menos de 1 hora	Baixa (n=26)	Baixa (n=18)	Moderada (n=10)	54
entre 1 a 2 horas	Moderada (n=2)	Moderada (n=10)	Alta (n=11)	23
mais de 2 horas	Moderada (n=0)	Alta (n=1)	Alta (n=6)	7
Total	28	29	27	84

No que respeita ao tempo dedicado ao estudo durante a semana, constatamos que 45.24% das crianças da amostra estudam em casa menos de uma hora, entre uma a duas horas 42.86% e mais de duas horas 11.90%. O tempo de estudo aumenta um pouco para alguns ao fim de semana. Mais de metade da amostra estuda sozinha umas vezes e acompanhado outras (57.83%). A mãe é quem mais acompanha o estudo (70.49%).

As crianças reconhecem que os videojogos podem ter alguma influência no comportamento das crianças (em geral) (40.25%). Mas quanto a influenciar o seu próprio comportamento, reconhecem menor potencialidade aos videojogos. Se agregarmos as categorias “alguma” e “muita”, 64.63% das crianças reconhecem que os outros podem ser influenciados mas apenas 46.42% reconhecem influência sobre o seu próprio comportamento (

Quadro 3). A influência dos videojogos sobre o comportamento já foi abordada na família em 41.67% dos casos e na escola em 38.55% dos casos.

Quadro 3. Perceção da influência dos videojogos no comportamento e sensibilização recebida

	Amostra total		Intensidade baixa		Intensidade média		Intensidade alta			
	n	%	n	%	N	%	N	%	χ^2	p
Na tua opinião, os videojogos têm alguma influência no comportamento das crianças?										
Muita	20	24.39	10	23.26	6	27.27	4	23.53	9.240	.322 ^{ns}
Alguma	33	40.24	16	37.21	10	45.45	7	41.18		
Pouca	10	12.20	8	18.60	1	4.55	1	5.88		
Muito pouca	7	8.54	2	4.65	4	18.18	1	5.88		
Nenhuma	12	14.63	7	16.28	1	4.55	4	23.53		
E no teu comportamento, os videojogos têm alguma influência?										
Muita	10	11.90	5	11.36	1	4.55	4	22.22	15.448	.051 ^{ns}
Alguma	29	34.52	15	34.09	8	36.36	6	33.33		
Pouca	10	11.90	8	18.18	0	.00	2	11.11		
Muito pouca	18	21.43	6	13.64	10	45.45	2	11.11		

Nenhuma	17	20.24	10	22.73	3	13.64	4	22.22		
Já alguém, na tua escola, te falou sobre a influência dos jogos no comportamento das crianças?										
Sim	32	38.55	16	37.21	8	36.36	8	44.44	0.341	.843 ^{ns}
Não	51	61.45	27	62.79	14	63.64	10	55.56		
Já alguém, da tua família, te falou sobre a influência dos jogos no comportamento das crianças?										
Sim	35	41.67	22	50.00	8	36.36	5	27.78	2.940	.230 ^{ns}
Não	49	58.33	22	50.00	14	63.64	13	72.22		

Dando ênfase agora aos resultados obtidos junto dos professores das crianças estudadas, salientamos que na apreciação destes professores (Quadro 6), os alunos tendem a ter um desempenho muito bom (30.95%) ou bom (42.86%) nos TPC. O comportamento em sala de aula foi classificado como bom (50.00%) ou suficiente (29.76%). Estas duas variáveis não se correlacionaram significativamente com a intensidade de jogo¹.

Quadro 4. Avaliação do desempenho do alunos nos TPC e do comportamento, pelo professor. Correlação de Spearman com a intensidade de jogo

	<i>n</i>	%	<i>Intensidade de jogo (rho)</i>
Desempenho do aluno quanto ao TPC			
muito bom	26	30.95	.075 ^{ns}
Bom	36	42.86	
Suficiente	21	25.00	
Mau	1	1.19	
muito mau	0	0.00	
Comportamento na sala de aula			
muito bom	17	20.24	.160 ^{ns}
Bom	42	50.00	
Suficiente	25	29.76	
Mau	0	0.00	
muito mau	0	0.00	

^{ns} Não significativa

Há que realçar igualmente o facto de os professores terem afirmado que apenas 7.14% das crianças levam jogos eletrónicos para a escola e 25% joga na escola (Quadro 7).

Os professores reconhecem que os videojogos podem ter alguma influência no comportamento das crianças mas só 33.33% abordou o assunto em contexto de sala de aula.

¹ Pelo facto de se tratarem de variáveis ordinais, foi utilizada a correlação de Spearman por ser uma prova não paramétrica, dada não estarem reunidos os pressupostos teóricos para a utilização do teste paramétrico.

Quadro 5. Influência no comportamento: Percepção e intervenção do professor

	<i>n</i>	%
<i>Influência no comportamento</i>		
Muita	13	15.48
Alguma	55	65.48
Pouca	16	19.05
muito pouca	0	0.00
Nenhuma	0	0.00
<i>Assunto abordado em contexto de sala de aula</i>		
Sim	28	33.33
Não	56	66.67

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Chegado o momento de tentar dar algum sentido aos resultados encontrados com base nas respostas dadas pelos oitenta e quatro estudantes da nossa amostra e respetivos professores, procuramos coordenar algumas considerações a propósito da sua discussão e apresentar algumas conclusões. Consideramos esta etapa do trabalho pertinente pois permite a confrontação dos resultados obtidos no nosso estudo com a fundamentação teórica.

Este estudo tem como principal objetivo colaborar para a percepção da relação de utilização que as crianças têm com os jogos de vídeo e que influência os mesmos podem ter em ações do seu quotidiano. Pesquisadores de diversas áreas defendem que este relacionamento pode exercer influências positivas ou negativas. Pode, também, acontecer que as crianças simplesmente vejam os videojogos como uma boa forma de se divertirem e ocuparem o tempo livre (Wim, 2007).

Para averiguarmos qual a relação de utilização que existe entre as crianças e os jogos de vídeo, foram realizadas entrevistas a crianças do primeiro Ciclo do Ensino Básico, do Agrupamento de Escolas de Alhadas – Figueira da Foz.

Deste modo, através da análise dos dados sócio - demográficos constata-se que a amostra é constituída maioritariamente por crianças do sexo masculino, sendo que a maioria dos inquiridos pertencia à EB1 de Santana e o meio de residência mais frequente era o meio rural.

Verificámos também que a escolaridade mais frequente entre os pais era o terceiro ciclo e entre as mães o ensino secundário. Havia, assim, tendência para as mães serem mais escolarizadas, refletindo-se também a tendência no que diz respeito aos graus universitários.

Quanto aos professores inquiridos verificámos que numa das escolas havia um professor por cada ano letivo, enquanto nas restantes encontrámos um professor a lecionar dois anos distintos. Das oitenta e quatro crianças inquiridas, sete repetiram o ano uma vez.

Tal como em pesquisas prévias confirmamos o que é dito por outros/as investigadores/as (Gutiérrez, 2004; Moita, 2007; Magalhães, 2009), apenas uma pequena percentagem assinalou não gostar de videojogos.

À semelhança do estudo efetuado por Magalhães (2009) quanto ao **motivo** pelo qual gostam de jogar a maioria das crianças inquiridas referiu que o jogo é uma forma de diversão e de ocupação do tempo livre. Quanto ao **tipo de jogos** que costumam jogar, a categoria mais frequente foi “Desporto/Aventura/Ação” e “Infantil/Família”. No que respeita aos **jogos favoritos**, foram mencionadas as mesmas categorias.

Quanto à frequência de jogo durante a semana e ao fim de semana, verificámos que as crianças dedicam mais tempo ao fim de semana a jogar jogos de vídeo do que durante a semana. Durante os dias de semana 64.29% joga menos de uma hora, enquanto que este valor desce para 33.33% em favor do aumento da percentagem de mais de uma hora de utilização. A diferença foi estatisticamente significativa ($\chi^2(4)=22.593$, $p=.000$).

Confirmando o que foi mencionado por outros/as investigadores/as (Gutiérrez, 2004 e Moita, 2007) foi, também, possível verificar que os rapazes têm uma intensidade de utilização dos videojogos significativamente superior às raparigas.

Um dado relevante, prende-se com as crianças que frequentam o primeiro ano: verificou-se que estes manifestam uma utilização mais intensa dos videojogos relativamente aos colegas dos anos seguintes. A distribuição da intensidade de utilização de jogos vídeo não varia estatisticamente com o facto de a criança ter ou não irmãos. Das crianças inquiridas 57.14% jogam acompanhados. A intensidade do jogo e o jogar ou não acompanhado têm distribuições independentes, ou seja, não se observaram diferenças estatisticamente significativas.

Os irmãos (52.08%) e os amigos/primos (54.17%) são as companhias mais frequentes. Mas observou-se ainda que 33.33% dos pais e 22.92% das mães também são parceiros de jogo. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na intensidade de utilização de videojogos em função da pessoa com quem a criança joga. Aqueles que jogam sozinhos fazem-no porque os pais estão ocupados (36.17%) ou porque gostam (31.51%).

O local de eleição para o jogo é o quarto (55.42%) logo seguido da sala (50.60%). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na intensidade de utilização de videojogos em função do local de jogo. Quando jogam acompanhados a tendência é para que sejam feitos comentários entre jogadores 65.79%. A distribuição desta variável também se mostrou independente da intensidade de utilização de videojogos.

Atendendo às novas formas de família mencionadas por Relvas e Alarcão (2002), verificou-se que apesar de a diferença não ser estatisticamente significativa há uma maior tendência para a existência de supervisão parental nas crianças com uma apropriação mais intensa do jogo. Assim, entre as crianças que têm supervisão parental, 44% tem uma utilização de baixa intensidade, enquanto as crianças que não têm supervisão parental 64.71% situa-se numa intensidade baixa.

Como participantes ativos, os jogadores identificam-se fortemente com as personagens e com as suas características (...). Consequentemente, retêm e interiorizam pensamentos e comportamentos semelhantes (Anderson et al, 2004). Assim e confirmando a afirmação destes autores, as crianças do nosso estudo identificam-se com o seu herói em categorias como “ser amigo” (43.34%) e “ajudar” (46.34%), mas também com “a forma de lutar” (45.12%) e “agir” (45.12%). A intensidade de utilização não está associada com as características valorizadas no herói. (Quanto às características do herói as crianças tendem a apreciar heróis bons (62.65%), poderosos (50.60%) e amigos (49.40%).

Apenas em 16.67 da amostra as crianças afirmam levar jogos para a escola. Estes 14 dizem ter autorização para jogar na escola.

Quando questionados sobre as suas preferências para a ocupação dos tempos livres 53.66% das crianças prefere estar com os amigos ao ar livre, mas também faz parte das preferências de 51.22% jogar *playstation* ou jogos no computador. **Erro! A origem da referência não foi encontrada.** Cerca e metade da amostra (51.81%) pratica desporto fora do horário escolar.

A televisão está presente em 98.80% dos casos e metade da amostra assiste entre uma a duas horas de televisão por dia.

Estudam em casa menos de uma hora 45.24% da amostra, entre uma a duas horas 42.86% e mais de duas horas 11.90%. O tempo de estudo aumenta um pouco para alguns ao fim de semana. Mais de metade da amostra estuda umas vezes sozinha e outras vezes acompanhado (57.83%). A mãe é quem mais acompanha o estudo (70.49%).

Fazendo referência ao estudo efetuado por Pereira, L. e Pereira S. (2010) as perspetivas das crianças são muito baseadas nas opiniões e perspetivas dos adultos. Também no nosso estudo, a população inquirida reconhece que os videojogos podem ter alguma influência no comportamento das crianças, em geral, (40.25%). Mas, quanto a influenciar o seu próprio comportamento, reconhecem menor potencialidade aos videojogos. Se agregarmos as categorias “alguma” e “muita”, 64.63% das crianças reconhecem que os outros podem ser influenciados mas apenas 46.42% reconhecem influência sobre o seu próprio comportamento. Opiniões que, em última análise, revelam alguma influência externa.

Na nossa investigação, a influência dos videojogos sobre o comportamento já foi abordada na família em 41.67% dos casos e na escola em 38.55% dos casos. Na apreciação dos professores, os alunos tendem a ter um desempenho muito bom (30.95%) ou bom (42.86%) nos TPC. O comportamento em sala de aula foi classificado como bom (50.00%) ou suficiente (29.76%). Estas duas variáveis não se correlacionaram significativamente com a intensidade de jogo.

Os professores afirmam que apenas 7.14% das crianças levam jogos eletrónicos para a escola e 25% joga na escola. Reconhecem ainda que os videojogos podem ter alguma influência no comportamento das crianças mas só 33.33% afirmou ter abordado o assunto em contexto de sala de aula.

Segundo Okagaki & Frensch (1994), os jogos de computador apresentam um papel no desenvolvimento de determinadas competências nomeadamente, na atenção e concentração espacial, no aumento de capacidades de precisão e de reação e ainda, na aquisição/desenvolvimento de competências de resolução de problemas e de tomada de decisões (Gros, 1998; Escofet & Hurtado, 2007).

5. CONCLUSÕES

Este estudo teve como principal objetivo contribuir para a perceção da relação de utilização que as crianças têm com os jogos de vídeo e da possível influência em ações do seu quotidiano.

Os videojogos, tal como a televisão, fazem parte do dia a dia, não sendo, por tal, possível evitá-los ou proibir que se utilizem. É, antes, necessário proporcionar aos jovens formas e instrumentos que lhes permitam compreender criticamente a realidade. Só assim é possível assegurar que estes adotem estilos de vida mais saudáveis, não se alheando do ambiente que os rodeia mas sabendo escolher o seu caminho (Gutiérrez, 2004).

Sem que se pretenda, com este trabalho, veicular a ideia que os videojogos são totalmente desadequados e prejudiciais para os jovens, torna-se necessário alertar para os riscos da sua utilização, nomeadamente para a dependência e incitação à violência. No entanto, quando corretamente utilizados, isto é, se forem previamente estabelecidas regras quanto ao tempo de utilização e existir supervisão na escolha do conteúdo, aqueles podem potenciar a aprendizagem e facilitar o desenvolvimento cognitivo contínuo. Considera-se ainda, que desenvolvem a capacidade de concentração, a memória e a rapidez de raciocínio (Gros, 2008).

Uma das grandes mudanças, verificada no setor das crianças inquiridas mais familiarizados com as novas tecnologias, é a perda do lugar central da televisão em termos subjetivos. Do mesmo modo, facilmente verificamos que o tempo de convívio e partilha em família é, muitas vezes, sofrível.

Alguns jogos de vídeo podem funcionar a favor do desenvolvimento da capacidade dos jogadores para a lógica e resolução de problemas. Outros, como vimos, podem favorecer tipos de comportamentos, como a violência ou défice de socialização. Contudo, alheios a estes aspetos, as crianças de hoje, jogam jogos de vídeo porque, genericamente, aqueles se revelam uma divertida opção para ocuparem o tempo.

Dos objetivos traçados verificamos que a prática de jogos eletrónicos em alunos do primeiro Ciclo do Ensino Básico é comum à grande maioria dos alunos. Tem implicações na medida em que serve de elo de ligação entre eles, embora possa conduzir a alguma dose de isolamento social. No entanto, e de acordo com Gros (2008) favorece o desempenho e o desenvolvimento de competências, diferentes das gerações anteriores.

No que respeita ao segundo objetivo, verificamos que o tipo de jogos que preferem se insere na categoria "Desporto/Aventura/Ação" e "Infantil/Família". As razões apontadas pela maioria das crianças inquiridas basearam-se na vertente lúdica sendo o termo "diversão" o mais referido, logo seguido da aprendizagem e a ocupação de tempos livres.

Quanto ao terceiro objetivo: "*conhecer as variáveis que estão associadas à maior intensidade de jogo por parte das crianças*", verificámos que, ao invés do que seria esperado, crianças com irmãos não revelam maior intensidade de jogo. Relevante é, também, o facto de as crianças que jogam com supervisão, terem uma intensidade de jogo superior às que não têm supervisão.

Por fim e cumprindo o nosso o último objetivo, estamos confiantes, que com este estudo contribuímos para um aumento da reflexão acerca desta problemática.

Por intermédio das entrevistas, da observação das atitudes e posturas face às questões colocadas e das respostas dadas, ficámos com a clara noção de que as crianças estruturam o seu espaço psíquico imaginário no mundo da virtualidade, através dos videojogos e dos sites da internet. Na maior parte dos casos, a criança desenvolve as suas faculdades mentais num jogo que consiste em abater o maior número possível de inimigos, com a ajuda das mais variadas armas. As pulsões agressivas são, assim, canalizadas diante de um ecrã. Entregam-se a uma espécie de *acting out* da sua psique.

Outra questão que nos parece importante salientar prende-se com a atitude dos professores face à temática. Menos de metade abordaram o assunto em contexto sala de aula.

Outro aspeto a considerar relaciona-se com os pais. Estes, encontram-se numa espécie de impasse. Por um lado, não querem adotar os modelos de educação que receberam, onde, modo geral, se colocava a tónica na severidade, nas regras rígidas, no distanciamento. Por outro, também ainda não descobriram que tipo de pais querem ser (ou têm oportunidade de ser). Se, por um lado, uns se revelam mais permissivos e interagem com os filhos, jogando. Por outro lado, a maioria encontra-se ocupada, ou não tem tempo, ou não sabe jogar. Mencionando Relvas (2004) falar de família é falar de dois fatores permanentemente implícitos: tempo e mudança. Entendemos que, para se ser pais, há que inventar a cada instante o modo mais adequado de educar, de escutar e colaborar com os filhos. Há que haver flexibilidade, autonomia, adaptabilidade. Ser pais é simplesmente agir. Seguramente que é amar a cada instante e não alimentar os filhos de silêncio ou demitir-se do papel parental.

Em suma, pais e educadores são um elemento fundamental de mediação. Devem tentar desenvolver nas crianças capacidades para lidarem com os media de forma responsável. Por todos os motivos

supra mencionados, julgamos pertinente a elaboração de programas de intervenção formativos e informativos, em contexto escolar e familiar.

A sociedade, por seu turno, deve consciencializar-se das questões que envolvem a violência e suas formas de disseminação, procurando minorar as consequências danosas: O computador, a televisão e os videojogos são recursos tecnológicos a que a sociedade facilmente tem acesso. Os seus efeitos positivos ou negativos serão fruto do modo como estes serão utilizados. Cabe a todos saber aproveitar os recursos positivos destas tecnologias e, se possível, restringir os seus efeitos indesejados. Hoje, a nossa sociedade é muito diferente de há umas décadas. O direito à proteção deve ser resolvido nos diversos campos que definem as novas tecnologias de comunicação (Decreto-Lei nº 121/2004, de 21 de maio de 2004). No entanto, os procedimentos estabelecidos pelo código PEGI (Pan-European Game Information), embora necessárias, não garantem os direitos fundamentais da infância. Uma vez mais será muito importante a supervisão por parte dos encarregados de educação quando se adquirem os videojogos.

Segundo Fromme (2003), não há evidência empírica que justifique um alarmismo geral em torno da cultura dos jogos. Esta cultura é muitas vezes acusada de promover violência ou o isolamento social das crianças e dos jovens. Em geral, mesmo as crianças e os jovens que estão mais envolvidos nos jogos, em termos de interesse e de frequência de uso, aparentemente não descaram outras atividades e outros interesses dentro e fora de casa, integrando-se nas relações sociais.

Convictamente, qualquer um de nós, participantes ativos, em família e na sociedade, temos o compromisso impreterível de, quando necessário, determinar: “GAME OVER”.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Abreu, A. (2003). *Videogames: um bem ou um mal? Um breve panorama da influência dos jogos eletrônicos na cultura individual e coletiva*. São Paulo. Acedido em 22, outubro, 2010, em http://www.andredeabreu.com.br/docs/videogames_bem_ou_mal.pdf
- (2) Aboim, S. & Wall, K. (2002). *Tipos de Família em Portugal: interações, valores, contextos*. Dissertação de Mestrado, Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. *Análise Social*, vol.XXXVII (163), 2002, 475-506”. Acedido em 19, agosto, 2010, em <http://www.apis.ics.ul.pt/SendDoc.aspx?d=1525&q=9366>
- (3) Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares*. 3ª edição. Quarteto Editora – Coimbra.
- (4) Anderson, A., Carnagey, L., Flanagan, M., Benjamin, J., Eubanks, J., Valentine, C. (2004). *Violent Video Games: Specific Effects of Violent Content on Aggressive Thoughts and Behavior*. *Advances in Experimental Social Psychology*, 36, p. 199-249.
- (5) Araújo, A. (2003). *Percepção dos estilos educativos parentais e ajustamento psicológico do adulto: comparação entre indivíduos com e sem perturbações depressivas*. *Paidéia*, 12, 215-227. Acedido em 30, junho, 2010, em <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/10.pdf>
- (6) Buckingham, D. (2002) “*Creceer en la era de los médios electrónicos – Tras la muerte de la infancia*”. Madrid: Ediciones Morata, S. L.
- (7) Biscaia, J. (2001). *O casal e a fecundidade*. Em L. Archer, J. Biscaia, W. Osswald & M. Renaud. *Novos Desafios à Bioética* (Coord.). Porto: Porto Editora, ISBN 972-0-06036-0.
- (8) Cabral, A. (2001). *O Jogo no Ensino*. Lisboa: Editorial Notícias. Grafiasa.
- (9) Canavarro, M. C. (1999). *Relações Afectivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto Editora.

- (10) Cardoso, G.; Espanha, R.; Lapa T. (2007). E-Generation: Os Usos de Media pelas Crianças e Jovens em Portugal. CIES/ISCTE – Centro de Investigação e Estudos em Sociologia, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Apoio à Investigação: Fundação Portugal Telecom.
- (11) Castells, Manuel e Pekka Himanen (2003). The Information Society and the Welfare State: The Finnish Model. Oxford: Oxford University Press.
- (12) CCE – Comissão de Classificação de Espectáculos, acedido em 28, novembro, 2010, em <http://www.cce.org.pt/legislacao1.htm>
- (13) Cohen, D. J. (1998). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2ª Ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- (14) Cook, T.D., & Campbell, D. (1979). Quasi experimentation: design & analysis issues for field settings. Chicago: Rand McNally.
- (15) Cruz, O. (2005). Parentalidade (1ª Ed). Coimbra: Quarteto Editora.
- (16) Decreto-Lei nº 121/2004, de 21 de maio de 2004. Diário da República I Série Parte A. Nº119, (21.05.2004), pág. 3227.
- (17) DeMaria R. & Wilson, J. (2002). High Score: la historia ilustrada de los videojuegos. Madrid: McGraw-Hill/ Osborne.
- (18) Díez Gutiérrez, E. (coord.) (2004). La Diferencia Sexual en el Análisis de los Videojuegos. CIDE/Instituto de la Mujer.
- (19) Draper, J. (2002). It's the first scientific evidence: men's experience of pregnancy confirmation. Journal of Advanced Nursing, 39(6), 563-570.
- (20) E-Generation: Os Usos de Media pelas Crianças e Jovens em Portugal – Relatório Final (2007). Apoio à Investigação da Fundação Portugal Telecom. Lisboa. CIES-ISCTE. Acedido em 27, dezembro, 2010, em <http://cies.iscte.pt/destaques/documents/E-Generation.pdf>
- (21) Escofet, A. & Hurtado, M. J. (2007). La brecha digital: género y juegos de ordenador REICE: Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, Vol. 5, Nº. 1, pp.63-77.
- (22) Esteves, J. (1991). A Família numa Sociedade em Mudança, in Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, I série, vol. 1
- (23) Fortin, M. F. (1999). O processo de investigação, da concepção à realização. Lusociência. Loures: Edições técnicas e científicas, Lda.
- (24) Fromme, J. (2003). Computer Games as a Part of Children's Culture, Game Studies, Vol. 3 (1). Acedido em 20, agosto, 2010, em <http://www.gamestudies.org/0301/fromme/>
- (25) Gauthier, B. (2003) "Investigação Social: Da Problemática à Colheita de Dados". Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. 3.ª ed.
- (26) Gazetta, G.; Maximiano, M.; Souza, Sergio G et al. Counter Strike: da operatividade para a interatividade em sala de aula. In I Seminário Jogos Electrónicos, Educação e Comunicação - construindo novas trilhas. UNEB, Salvador – Bahia, outubro/2005. Acedido em 22, outubro, 2010, em <http://www.comunidadesvirtuais.pro.br>
- (27) Gil, A.C. (1995). Métodos e técnicas de pesquisa social (4rd ed., pp.19-103). São Paulo: Atlas.
- (28) Guedeney, N.& Guedeney, A.(2004). "Vinculação – Conceitos e aplicações". Lisboa: Climepsi Editores.
- (29) Gros, B. (1998). Jugando com Videojuegos: Educación y Entretenimiento. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

- (30) Gros, B. (2008). Videojuegos y aprendizaje. Barcelona: GRAÓ.
- (31) Habib, M.(2003). “Bases Neurológicas dos Comportamentos”. Lisboa: Climepsi Editores.
- (32) Hill, M. & Hill, A. (2005). Introdução à Investigação. Lisboa: Adições Sílabo, Lda
- (33) IEFP – Instituto do Emprego e formação Profissional. CNP – Classificação Nacional das Profissões. Acedido em 19, agosto, 2010, em <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>
- (34) Jornal Público: PEGI Council, entidade responsável pelo sistema pan- europeu de informação e classificação etária de jogos de computador. Acedido em 10 maio, 2010, em www.publico.clix.pt/.../videojogos-portugues-eleito-presidente-do-organismo-europeu-que-faz-a-classificacao-etaria-dos-jogos_1409236
- (35) Knauth, D. G. (2001). “Marital change during the transition to parenthood”. *Pediatric Nursing*, 27(2), 169-184. TESE de mestrado da Universidade do Porto.
- (37) Livingstone, S., d’Haenens, L. e Hasebrink, U. (2001), “Childhood in Europe: Contexts for Comparison”, in Livingstone e Bovill (eds.), *Children and Their Changing Media Environment: A European Comparative Study*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 330.
- (38) Magalhães, H. (2009). A criança e os videojogos: Estudo de caso com alunos do 1.º Ciclo do Ensino Básico. Dissertação de mestrado, Universidade do Minho, Instituto de Estudos da Criança, Braga.
- (39) Melo, C. (2008). Construção de um Instrumento de Diagnóstico de Crianças e Jovens em Risco de Abandono Escolar. Lisboa: ISCTE. Tese de mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa. Acedido em 19, agosto, 2010, em [http://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/1652/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20\(final\).pdf](http://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/1652/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20(final).pdf)
- (40) Moita, F. (2007). *Game On: Jogos Electrónicos na Escola e na Vida*. Guanabara: Editora Alínea.
- (41) Mulrow, M., Caldera, Y.M., Pursley, M., Reifman, A., & Huston, A.L. (2002). Multilevel factors influencing maternal stress during the first three years. *Journal of Marriage and Family*, 64, 944-956.
- (42) Neto, A. (2005). “Bullying: Comportamento agressivo entre estudantes”. *Jornal de Pediatria - Vol.81, Nº5 (Supl.)*, 2005. Acedido em 30, setembro, 2010, em <http://www.observatoriodainfancia.com.br/IMG/pdf/doc-158.pdf>
- (43) Nyström, K. & Öhrling, K. (2004). “Parenthood experiences during the child’s first year: literature review”. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 319-330.
- (44) Oliveira, R. & Pessoa, P. (2008). Benefícios Cognitivos dos Videojogos: A Percepção dos Jovens Adultos. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- (45) Okagaki, L., & Frensch, P. A. (1994). Effects of video game playing on measures of spatial performance: Gender effects in late adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15(1), 33-58.
- (46) Pedhazur, E.J., & Schmelkin, L. (1991). *Measurement, design and analysis: An integrated approach*. New Jersey, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- (47) Pereira, S. (1999). *A Televisão na Família: Processos de Mediação com Crianças em Idade Pré-Escolar*. Braga: CESC/IEC.
- (48) Pereira, S. & Pereira, L. (2010). Percepções das Crianças sobre Videojogos – Um estudo com alunos de 10-12 anos. Universidade do Minho. Braga.

- (49) Prensky, M. - Digital Natives, Digital Immigrants. NCB University Press, Vol. 9 - No.5, October 2001a. Url. Acedido em 10, junho, 2010, em <http://www.marcprensky.com/writing/Prensky%20-%20Digital%20Natives,%20Digital%20Immigrants%20-%20Part1.pdf>
- (50) Prensky, M. - Digital Natives, Digital Immigrants. NCB University Press, Vol. 9 - No. 6, December 2001b. Url. Acedido em 10, junho, 2010, em <http://www.marcprensky.com/writing/Prensky%20-%20Digital%20Natives,%20Digital%20Immigrants%20-%20Part2.pdf>
- (51) Piaget, J.& Inhelder, B.(1993). "A Psicologia da Criança". Porto: Edições Asa.
- (52) Quivy, R., & Campenhoudt, L.V. (1992). Manual de investigação em ciências sociais.
- (53) Lisboa: Gradiva.
- (54) Relvas, A; Alarcão, M.(2002). "Novas Formas de Família". Coimbra: Quarteto.
- (55) Sampaio, D.(2001). "Inventem-se novos Pais". Rio de Mouro: Círculo de Leitores
- (56) Shultz,D.; Shultz, S. (2002). "Teorias da Personalidade". São Paulo: Pioneira Thomson. Editora afiliada Dinternal.
- (57) Tyrode , Y., & Bourcet, S.(2002). "Os adolescentes violentos". Lisboa: Climepsi Editores.
- (58) Walsh, D. (2000). Interactive violence and children: Testimony submitted to the Committee on Commerce, Science, and Transportation, United States Senate. (March 21, 2000.) Acedido em 10, outubro, 2010, em <http://commerce.senate.gov/hearings/0321wal1.pdf>.
- (59) Warren, L. P. (2005). "First-time mothers: social support and confidence in infant care". Journal of Advanced Nursing, 50(5), 479-488.
- (60) Wim, V. (2007). «Homo Zappiens - Learning Knowledge; The Digital Mindset» in EU Conference eLearning Lisboa 2007- Delivering on the Lisboa Agenda. Url. Acedido em 08, novembro, 2010, em <http://www.elearninglisboa.com>

PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA A SUSTENTABILIDADE DO STRESSE NA INFÂNCIA

PRACTICES EDUCATION FOR SUSTAINABILITY OF STRESS IN CHILDHOOD

Rosa Gomes¹, Anabela Pereira², Natália Abrantes³, Cláudia Chaves⁴, Celia Mota⁵ & Luísa Inocêncio⁶

¹Universidade de Aveiro. rosa.gomes@ua.pt

²Universidade de Aveiro. anabelapereira@ua.pt

³Universidade de Aveiro. nabrantes@ua.pt

⁴Instituto Politécnico de Viseu. claudiachaves21@gmail.com

⁵Hospitais da Universidade de Coimbra. motacmsr@gmail.com

⁶Universidade de Cabo Verde. maria.inocencio@adm.unicv.edu.cv

RESUMO

O presente estudo procura identificar práticas educativas que previnam o stresse na infância e promovam a saúde mental da criança em idade pré-escolar. A amostra é composta por 188 educadores do sexo feminino (96,8%) e do sexo masculino (3,2%), com idades compreendidas entre os 18 e 55 anos, em que 22% são educadores profissionalizados, 25% alunos em situação de estágio, 15% monitores cabo-verdianos, 17% educadores em autoformação, 10% alunos brasileiros e 12% alunos que cursam a educação básica. Desenvolvem a atividade docente ou equiparada, em instituições públicas (63%), IPSS (32%) e privadas (5%), com criança dos 2 aos 6 anos de idade. Nesta pesquisa usamos a *Escala Práticas Educativas para Lidar com o Stresse na Infância*, desenvolvida por Gomes & Pereira (2009), no âmbito do programa doutoral em psicologia, para ser aplicada a educadores ou equiparados. É uma escala tipo *Likert*, com 18 itens, que procura identificar práticas que os educadores desenvolvem como atenuantes do stresse na infância, que contempla quatro fatores: promoção do bem-estar, cooperação escola/família, prevenção e planeamento psicoeducativo, revelando boas características psicométricas. Recorremos ao programa estatístico SPSS para análise dos dados. Os principais resultados mostram existir diferenças estatisticamente significativas entre as práticas que promovem a cooperação escola/família ($F=11,51$; $p=.000$), a prevenção ($F=3,15$; $p=.006$) e as diferentes classes de educadores ou equiparados que participaram no estudo. Os educadores/monitores cabo-verdianos são os que menos valorizam a cooperação escola/família ($p=.000$), relativamente às outras classes, com exceção dos alunos da educação básica (bolonha), que não apresentam diferenças estatisticamente significativas. Os dados podem ser explicados por diferenças ao nível da formação superior entre a população em estudo. São referidas ainda algumas implicações para a prática docente e para o processo de ensino aprendizagem destes profissionais.

Palavras-chave: stresse, infância, educação e saúde, prevenção.

ABSTRACT

This study seeks to identify educational practices that prevent childhood stress and promote mental health of children in preschool. The sample comprised 188 teachers female (96.8%) and male (3.2%),

aged between 18 and 55, in which 22% are professionalized teachers, 25% are students at professional stage, 15% Cape Verdean monitors, 17% are teachers in self-training, 10% are Brazilian students and 12% are students who attend basic education. Develop teaching activity or the equivalent, in public institutions (63%), IPSS (32%) and private (5%), with children who have aged from 2 to 6 years old. In this study we used the Scale Educational Practices for Dealing with Stress in Children, developed by Gomes & Pereira (2009), under the PhD in psychology, for to apply educators or equivalent. It is a Likert scale with 18 items, which seeks to identify practices that educators develop as mitigating stress in childhood, which includes four factors: promoting well-being, cooperation and school/family, prevention and psychoeducational planning, showing good psychometric characteristics. We used the statistical program SPSS for data analysis. Results show statistically significant differences exist between the practices that promote cooperation school / family ($F = 11.51$, $p = .000$), prevention ($F = 3.15$, $p = .006$) and the different classes or equivalent educators who participated in the study. The teachers / instructors Cape Verdeans are the least valued cooperation school / family ($p = .000$) when compared to other classes, except for students of basic education (Bologna), which do not differ statistically significant. The data can be explained by differences in the higher education among the population under study. They are also referred to some implications for teaching practice and the teaching-learning process of these professionals.

Keywords: stress, childhood, health education, prevention.

1. INTRODUÇÃO

As mudanças sociais, culturais e económicas da sociedade atual colocam o educador de infância perante situações complexas que ele terá de gerir com rapidez e de forma sustentada, tendo como preocupação fulcral o ambiente ecológico, bem como as transições ecológicas (Bronfenbrenner, 1996), a que, as crianças estão expostas, de forma a contribuir com práticas educativas que promovem o seu bem-estar. Importa compreender e estudar as atividades educativas que permitam reduzir as situações de stresse na criança, que frequenta o jardim de infância. Atendendo a que as investigações nesta área, com crianças em idade pré-escolar são reduzidas pretendemos também com este estudo exploratório, dar o nosso contributo para os avanços desta temática.

O desenvolvimento psicossocial na infância desempenha um papel importante na construção do seu autoconceito e na ideia que faz de si próprio, bem como da autoestima (Harter, 2003). As crianças que desenvolverem competências sociais e emocionais veem aumentado as oportunidades de socialização com os pares, melhoram o relacionamento com os pais e educadores e apresentam sucesso académico e social (McCabe & Altamura, 2011). A sua capacidade de abstração está ainda em construção, ela estrutura o seu *self* a partir do que conhece, do que lhe é próximo e real e só mais tarde desenvolve os sistemas representacionais (Papalia, et al., 2001). Segundo Bos, et al. (2006), o desenvolvimento da autoestima em crianças e adolescentes é um processo complexo e, segundo as teorias do desenvolvimento, estas estruturas na criança encontram-se ainda num estágio embrionário, num processo de desenvolvimento contínuo. Vários estudos vêm mostrando que uma baixa autoestima pode conduzir a quadros de psicopatologia infantil, como a ansiedade (Muris, et al., 2003), a depressão (Mann et al., 2004) e os problemas externalizantes (Donnellan, et al., 2005), embora nem sempre consensual entre os vários autores.

Para Jardim & Pereira (2006), a promoção do autoconceito e da autoestima são fulcrais para o bem-estar e equilíbrio da saúde mental da criança. Constroem-se a partir das experiências que a criança

realiza nos vários contextos de vida, bem como das interpretações que os indivíduos fazem dessas experiências e dos reforços e avaliações que os outros que são significativos para a criança (Faria, 2005), fazem dos seus comportamentos e atitudes. Contudo, estes construtos psicológicos do comportamento social e afetivo da criança em idade pré-escolar desenvolvem-se na relação entre pares, com pais e Educadores disponíveis para dar às crianças *feedbacks* específicos, focalizados, construtivos e têm um papel de relevo no funcionamento saudável da criança (Dias, 2009; Pereira, 2006). Mas, também o educador terá de assumir a estruturação de uma praxis que proporcione espaços que envolvam a criança a explorar novas possibilidades, como coconstrutora de conhecimento, identidades e cultura, habilitando-a a trabalhar com criatividade, para que percebam as suas capacidades e lidar com a ansiedade (Dahlberg, *et al.* 2003).

As práticas educativas assumem-se, então, na ligação indissociável pessoas-contexto, através da reconstrução do edifício curricular que integrem e valorizem a cooperação, planeamento, prevenção e bem-estar, perante crianças expostas a situação de stresse. Estudos desenvolvidos por Gomes (2006), mostram que os educadores são sensíveis e estão atentos às situações indutoras de stresse na criança e alertam para a necessidade destes profissionais desenvolverem em contexto educativo, atividades promotoras do desenvolvimento holístico da criança. Do mesmo modo importa refletir sobre a importância de promover e apoiar uma comunicação assertiva (Gomes *et al.*, 2008a, 2008b), entre o jardim de infância e a família, no sentido de promoverem comportamento saudáveis.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Participantes

Participaram 188 indivíduos do sexo feminino (96,8%) e do sexo masculino (3,2%), com idades compreendidas entre 18 e 55 anos de idade, em que 22,3% são educadores profissionalizados, 13,3% são alunos em situação de estágio pedagógico em 2009, 11,2% são alunos que estiveram em situação de estágio pedagógico no ano de 2010, da licenciatura em educação de Infância, na Universidade de Aveiro, 14,9% são educadores/monitores cabo-verdianos, 16,5% educadores que participaram no Encontro sobre Avaliação em Educação Pré-escolar que decorreu em Aveiro, 9,6% são alunos do núcleo de desenvolvimento infantil da Universidade federal de Santa Catarina, Brasil e 12,2% são alunos que cursam a educação básica da Escola Superior de Educação de Coimbra. Desenvolvem a atividade docente ou equiparada, em instituições pública (63,0%), IPSS (32,4%) e privadas (4,6%), com criança dos 2 aos 6 anos de idade, em grupos heterogêneos 58,9% e grupos homogêneos com a seguinte distribuição: grupos com 2 anos (8,3%), com 3 anos (11,9%), com 4 anos (6,0%), com 5 anos (11,9%) e com 6 anos (3,0%) de idade. Os educadores que participaram no estudo dedicam entre zero a 36 horas por semana, para planeamento da sua prática pedagógica e percorrem entre zero a 120 Km, para se deslocarem do seu local de residência ao jardim de infância. Outra das variáveis em estudo procurava identificar o estabelecimento de ensino superior que lhes conferiu o grau académico para exercerem a atividade docente.

2.2 Instrumento

Foi aplicado a *Escala Práticas Educativas para Lidar com o Stresse na Infância*, desenvolvida por Gomes & Pereira (2009), que comporta 18 itens, que procuram identificar a importância atribuída pelos educadores de infâncias às práticas educativas, na prevenção do stresse na infância. É uma

escala tipo *likert* com 4 níveis de resposta, que variava entre zero (nunca) e três (muitas vezes). A análise de componentes principais (ACP) revelou existir 4 fatores que explicam 58,0% da variância total. O fator 1 «Promoção do bem-estar» é constituído por 6 itens que explica 29,70% da variância; o fator 2 «cooperação escola/família» é constituído por 5 itens e explicam 12,64% da variância; os itens do fator 3 avaliam a dimensão «prevenção» e é constituído por 4 itens que explicam 8,68% da variância e o fator 4 «planeamento psicoeducativo» é constituído por 3 itens que explica 7,00% da variância.

Do estudo psicométrico do instrumento obtivemos valores globais de *Alfa de Cronbach* de .85. Para cada um dos fatores os valores de *Alfa* foram de .77 para o fator 1, .73 para o fator 2, .73 para o fator 3 e .72 para o fator 4, apresentando a escala boas características psicométricas.

2.3 Procedimentos

A recolha da amostra decorreu durante o mês de maio de 2009, 2010 e 2011 e o mês de dezembro de 2009 e 2010, períodos que correspondem a forte atividade pedagógica nos diferentes contextos em que a amostra foi recolhida evitando assim, os períodos não letivos ou de pausa curricular. Em Portugal a amostra foi recolhida junto de educadores do distrito do Porto, Aveiro, Coimbra e Santarém, em Cabo Verde nos diferentes concelhos do arquipélago e no Brasil, através de questionários de autopsiquenciamento anónimos e confidenciais.

As questões éticas foram respeitadas, a participação foi voluntária e cada questionário era acompanhado de informação explicativa dos objetivos, das condições da pesquisa, sendo assegurada a confidencialidade e anonimato dos dados. Utilizamos para a análise dos dados o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 17.0, para MS Windows.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra é constituída por 188 indivíduos que desenvolvem trabalho docente com crianças dos 2 aos 6 anos de idade, em que a maioria (96,8%) é do sexo feminino. A análise das variáveis idade, planeamento da prática pedagógica (PP) e distância entre o JI e o local de residência (Tabela 1), permitiu-nos identificar o perfil dos indivíduos que participaram no presente estudo: A média de idades é de 32 anos ($M=32,14$; $DP=10,68$), deslocam-se em média 13,5 Km ($M=13,53$; $DP=20,24$) entre o local de residência e o local de trabalho e dedicam em média 8,5 horas ($M=8,51$; $DP=6,77$) por semana, ao planeamento da sua prática pedagógica.

Tabela 1 – Variáveis: idade, planeamento PP e distância entre o JI e o local de residência.

	<i>N</i> (parcial)	<i>Valor</i> <i>mínimo</i>	<i>Valor</i> <i>máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio</i> <i>padrão</i>
Idade (anos)	183	18	55	32,45	10,68
Planeamento da PP (horas)	161	0	36	8,52	6,77
Distância entre o JI e o local de residência (Km)	160	0	120	13,53	20,238

Após recodificação dos valores da idade dos educadores em escalões, observamos uma maior percentagem no escalão dos 18 aos 28 anos de idade (46,3%), seguido do grupo etário dos 39 aos 48 anos (21,3%) de idade, dos 29 aos 38 anos de idade (20,7%) e o escalão menos representativo temos

o dos 49 aos 56 anos (9,0%) de idade e encontramos ainda, 2,7% de educadores que não identificaram a sua idade.

Procedemos também à recodificação do número de horas que os educadores disponibilizam por semana, para planeamento da prática pedagógica e observamos que a maior percentagem recaiu no escalão das 0 às 10 horas (66,0%), seguido do escalão das 11 às 20 horas (17,0%), os escalões das 31 às 36 (1,6%) e das 21 às 30 (1,1%) horas respetivamente, são praticamente residuais e encontramos ainda 14,4% de educadores que não se manifestaram relativamente ao tempo dedicadas ao planeamento das práticas educativas.

Outra das variáveis em estudo procurou analisar a distância em quilómetros, que os educadores percorriam entre o jardim de infância e o local de residência. Atendendo que amplitude da distribuição era bastante heterogénea procedemos também à recodificação em escalões. Os resultados mostram que a maior percentagem recaiu no escalão dos 0 aos 20 Km (70,2%), seguido do escalão dos 21 aos 40 Km (7,4%), dos 41 aos 60 Km (3,7%), os escalões dos 61 aos 80 Km (1,6%), dos 81 aos 100 Km (1,6%) e dos 101 aos 120 Km (0,5%), são praticamente residuais e encontramos ainda 14,9% de educadores que não se manifestaram relativamente a esta variável.

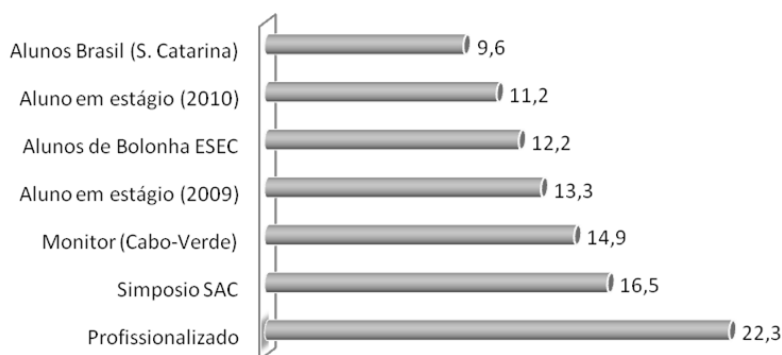


Figura 1 – Distribuição da população (%)

A análise descritiva da população (Figura 1) que participou no presente estudo distribuiu-se pelos seguintes tipos: dos 188 indivíduos 22,3% são educadores profissionalizados, 16,5% educadores que participaram no Encontro Avaliação em Educação Pré-escolar (SAC), 14,9% são educadores/monitores cabo-verdianos, 13,3% são alunos que no ano de 2009 estavam em situação de estágio pedagógico, da licenciatura em educação de infância (pré-bolonha), 12,2% são alunos que no ano 2010, cursavam a educação básica (bolonha) da Escola Superior de Educação de Coimbra, 11,2% são alunos que estiveram em situação de estágio pedagógico no ano de 2010, da licenciatura em educação de Infância, na Universidade de Aveiro, em 2010 (pré-bolonha) e 9,6% são alunos do núcleo de desenvolvimento infantil da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Com esta análise procuramos caracterizar os diferentes tipos de classes de educadores, pois todos trabalham ou estudam nas áreas da educação de infância e para que pudéssemos obter uma opinião mais diferenciada dos vários contextos onde estes profissionais ou futuros profissionais atuam.

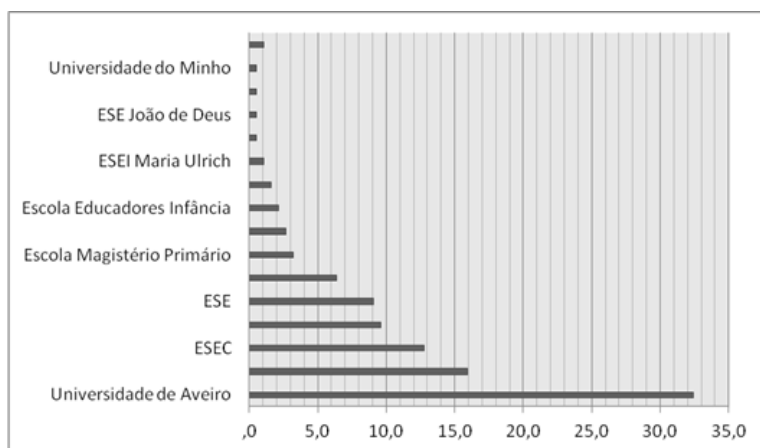


Figura 2 – Distribuição da amostra por instituição que conferiu o grau académico (%)

A análise descritiva de frequências mostra que a instituição do ensino superior que conferiu ou irá conferir o grau académico distribui-se de acordo com a Figura 2, assim temos: a Universidade de Aveiro é a instituição pública com maior percentagem (32,4%) de educadores formados ou em formação, seguida de escolas de Cabo-Verde (16,0), Escola Superior de Educação de Coimbra (12,8), Universidade Federal de Santa Catarina (9,6%), Escolas Superiores de Educação (9,0), Escola Superior de educação Jean Piaget (6,4%), Escola Magistério Primário (3,2%), Escola superior de Ciências da Educação (2,7%), Escola de Educadores Infância (2,1%), Escola Superior de Educação Paula Frassinetti (1,6%), Escola Superior de Educação de Infância Maria Ulrich (1,1%) e Escola Superior Educação e Trabalho, Escola Superior de Educação João de Deus, Universidade Lusíada e Universidade do Minho (0,5%), com a mesma percentagem de formação de educadores. A percentagem de não respondentes foi de 1,1%.

Relativamente ao perfil dos educadores ou equiparados que participaram neste estudo, os resultados mostram que a maioria é profissionalizada por uma instituição do ensino superior, com idades entre os 18 a 28 anos, que disponibilizam por semana em média 9 horas para planeamento da prática pedagógica e que desenvolvem a atividade docente em jardins de infância que distam em média 13 km, do local de residência.

A escala EPELSI após validação ficou constituída por 18 afirmações que inquiriam os indivíduos sobre a importância que atribuíam a algumas das práticas educativas na prevenção do stresse na infância. Na análise descritiva da escala (Tabela 2) observamos que os itens que apresentam valores médios mais altos são: “o educador procura conhecer a relação da criança com a família” ($M=2,82$; $DP=0,42$) e “o educador está atento às crianças que têm dificuldade em concentrar-se ou de permanecer em determinada atividade” ($M=2,79$; $DP=0,48$) o que mostra que tem uma preocupação acrescida na cooperação com a família e prevenção junto das crianças expostas a situações indutoras de stresse. Os itens que apresentam valores médios mais baixos são: o educador raramente ou às vezes “desenvolve projetos educativos para gestão do stresse” ($M=1,66$; $DP=0,90$) e “encontra soluções de apoio às crianças que rejeitam o sono” ($M=1,74$; $DP=1,03$).

Tabela 2 – Análise descritiva da escala PELSI por ordem decrescente

Descrição dos Itens	N	M	DP
O Educador...			
1 ...procura conhecer a relação da criança com a família.	188	2,82	0,42
3 ... está atento às crianças que têm dificuldade em concentrar-se ou de permanecer em determinada atividade.	188	2,79	0,48
10 ... desenvolve atividades adequadas ao envolvimento da criança.	188	2,77	0,54
11 ... está atento às crianças que não se envolvem nas atividades de grupo.	188	2,77	0,47
13 ... preocupa-se com o envolvimento da criança nas atividades que propõe.	188	2,76	0,56
2 ... procura identificar se a criança estabelece regularmente relações positivas com os pais.	187	2,70	0,50
9 ... procura conhecer os centros de interesse de cada criança.	186	2,70	0,55
5 ... conhece a estrutura familiar (monoparental, pais divorciados, coabitação, etc.) na qual a criança está inserida.	187	2,63	0,60
6 ... estabelece com os pais, um diálogo regular e construtivo.	188	2,62	0,61
23 ... planeia o acolhimento da criança (à chegada e à saída).	186	2,51	0,79
14 ... promove cenários lúdicos (<i>cantinhos</i>) para gestão da ansiedade das crianças.	186	2,45	0,79
20 ... desenvolve regularmente atividades de relaxamento com as crianças.	188	2,42	0,65
21 ... propõe atividades que ajudam a criança a lidar com situações difíceis.	188	2,37	0,69
15 ... propõe atividades às crianças que apresentam dificuldade em lidar com situações adversas.	183	2,33	0,72
7 ... conhece as rotinas familiares de cada criança (hora das refeições, hora de deitar, tipo de alimentação, lazer, etc.)	187	2,05	0,74
8 ... desenvolve projetos em parceria com as famílias, sobre as situações indutoras de stresse na criança..	186	1,90	0,92
22 ... encontra soluções de apoio às crianças que rejeitam o sono.	168	1,74	1,03
17 ... desenvolve projetos educativos para gestão do stresse.	184	1,66	0,90

Pela análise descritiva dos fatores (Tabela 3) que compõem a escala PELSI, os sujeitos da amostra apresentam valores médios mais altos na cooperação escola/família ($M=12,90$; $DP=1,98$) e valores médios mais baixos no planeamento psicoeducativo ($M=7,54$; $DP=1,66$).

Tabela 3 – Análise descritiva dos fatores por ordem decrescente

Fatores	N	M	DP
F2 - Cooperação escola/família	185	12,90	1,98
F1 - Promoção do bem-estar	165	12,58	3,48
F3 – Prevenção	186	11,02	1,53
F4 - Planeamento psicoeducativo	181	7,54	1,66

Pela ANOVA verificamos existir diferenças estatisticamente significativas entre o F2 - cooperação escola/família ($F=3,93$; $p=.022$) e o tipo de instituições. Aplicando o teste *post-hoc*, Tukey, são os educadores que desenvolvem atividade docente ou equiparada nas IPSS que mais valorizam a cooperação escola/família ($p=.028$), relativamente aos que trabalham em jardins de infância privados. Encontramos também diferenças estatisticamente significativas entre o F2-cooperação escola/família ($F=11,51$; $p=.000$), o F3–prevenção ($F=3,15$; $p=.006$) e as classes de educadores que participaram no estudo. Aplicando o teste *post-hoc*, Tukey, a classe dos educadores/monitores cabo-verdianos são os que menos valorizam a cooperação escola/família ($p=.000$), relativamente às outras classes, com exceção da classe que cursam a educação básica (bolonha) da ESEC, que não apresenta diferenças estatisticamente significativas. A classe dos alunos que no ano de 2009 estavam em situação de estágio pedagógico ($p=.029$), os educadores profissionalizados ($p=.014$) e os alunos do núcleo de desenvolvimento infantil da Universidade Federal de Santa Catarina ($p=.024$),

correspondem às classes que mais valorizam as práticas educativas direcionadas para a prevenção do stresse na infância. As restantes classes (educadores que participaram no Encontro Avaliação em Educação Pré-escolar-SAC, alunos que estiveram em situação de estágio pedagógico no ano de 2010 e os educadores/monitores cabo-verdianos) não apresentam diferenças estatisticamente significativas. Pela ANOVA verificamos ainda não existir diferenças estatisticamente significativas entre os fatores e as variáveis horas semanais de planeamento da prática pedagógica e distância que os educadores percorriam entre o jardim de infância e o local de residência.

4. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram que os profissionais que desempenham funções docentes ou equiparadas, na educação pré-escolar desenvolvem práticas educativas, investindo na relação da criança com a família. Estão ainda atentos às crianças que apresentam dificuldade em concentrar-se ou de permanecerem em determinada atividade. Verificamos que os educadores das IPSS desenvolvem uma relação mais próxima com as famílias, provavelmente porque estas instituições desenvolvem um trabalho de cariz comunitário e os profissionais têm uma relação de proximidade, com o contexto sociocultural onde se inserem. A formação superior especializada destes profissionais parece ter um papel relevante no desenvolvimento de práticas educativas direcionadas para a prevenção do stresse na infância, também Roldão (2006), propõe uma especialização nos níveis mais avançados de formação ao nível da docência. Pereira (2004), Alarcão, (2001) consideram que estes profissionais são elementos chave nos processos de construção de currículos, desde que desempenhem um papel reflexivo nas práticas e teorias num processo de auto formação ao longo do ciclo profissional.

Os dados podem ser explicados por diferenças ao nível da formação superior entre a população em estudo. As dimensões estruturantes das práticas educativas para a sustentabilidade do stresse na infância, parecem estar associadas à cooperação escola-família, promoção do bem-estar da criança, prevenção das situações indutoras de stresse e o planeamento psicoeducativo.

Atendendo a que este estudo é exploratório e faz parte de um estudo mais abrangente no âmbito do programa doutoral em psicologia, os resultados deverão ser lidos com alguma precaução. Além disso, tendo em consideração de que é o primeiro estudo realizado em Portugal com esta população e com este instrumento de avaliação, não temos dados que nos permitam comparar. Por se tratar também de uma investigação com indivíduos e comportamentos humanos, não foram controladas as variáveis parasitas, inerentes a este tipo de estudo. Será necessário proceder a uma Análise dos Componentes Principais bem como a uma Análise Confirmatória, com o objectivo de depurar este instrumento ao nível das suas características psicométricas. O instrumento parece ser adequado e útil à realidade portuguesa, ainda que sejam necessárias mais pesquisas, que permitam averiguar quer a eliminação ou inserção de novos itens, específicos ao contexto educativo português da educação pré-escolar. Concordamos com Gomes & Pereira (2008) de que a excelência da educação no pré-escolar só é possível com a avaliação das práticas, na qual merece destaque a utilização de instrumentos de avaliação adequados e validados para a língua portuguesa. Além do referido, importa intervir na formação ao nível do 1º e 2º ciclos, mas também na formação contínua para que estes profissionais possam otimizar estratégias que ajudem a criança lidar com as situações de stresse.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Alarcão, I. (2001). Escola reflexiva e nova racionalidade. Porto Alegre: Artmed Editora.
- (2) Bronfenbrenner, U. (1996). A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados. Porto Alegre: Artes Médicas.
- (3) Dahlberg, G.; Moss, P. & Pence, A. (2003). Qualidade na Educação da Primeira Infância: perspectivas pós-modernas. Porto Alegre: Artmed.
- (4) Dias, M.I. (2009). Promoção de competências em educação. INDEA. Instituto Politécnico de Leiria
- (5) Papalia, Diane E.; Olds, Sally W.; Feldman, Ruth D. (2001). O mundo da criança. 8ª Edição. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- (6) Jardim, J. & Pereira, A. (2006). Competências pessoais e sociais: guia prático para a mudança positiva. Porto: Edições ASA.
- (7) Pereira, A. (2004). Educação Multicultural: teorias e práticas. Coleção: cadernos do CRIAP, 42. Porto: Edições ASA.
- (8) Gomes, R.M. & Pereira, A. (2008b). Estratégias de Coping em educadores de infância portugueses. *Psicol. esc. educ. dez.*, vol.12, no.2, 319-326.
- (9) Gomes, R.M. & Pereira, A. (2007). Perspectivas dos Educadores sobre as Situações Indutoras de Stresse: estudo exploratório em contextos educativos para a infância. In *Revista Psicologia e Educação*. VI, 2, Dez, 61-72. Universidade da Beira Interior: Covilhã.
- (10) McCabe, P. C & Altamura, M. (2011). Empirically Valid Strategies to Improve Social and Emotional Competence of Preschool Children. In *Psychology in the Schools*, Vol. 48(5).
- (11) Donnellan, M.B., Tresniewski, k.H., Robins, R.W., Moffitt, T.E. & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behaviour, and delinquency. *Psychological Science*, 16, 328-335.
- (12) Bos, A. E. R.; Muris, P.; Mulken, S. & schaalma, H. P. (2006). Changing self-esteem in children and adolescents: A roadmap for future interventions. *Netherlands Journal of Psychology*, 62, 26-33.
- (13) Mann, M., Hosman, C., Schaalma, H.P. & Devries, N.K. (2004). Self-esteem in an broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19, 357-372.
- (14) Muris, P., Meesters, C. & Fijen. P. (2003). The self-perception profile for children: Further evidence for its factor structure, reliability, and validity. *Personality and Individual Differences*, 35, 1791-1802.
- (15) Gomes, R., Abrantes, N. & Pereira, A. (2008a). A Promoção da Saúde na Educação Pré-Escolar: O Stresse e as Actividades Educativas. VIII Simpósio Internacional GEDEL: ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias – o percurso e a presença de Joaquim Bairrão. Aveiro. [comunicação em poster]
- (16) Gomes, R. (2006). O stresse na infância e o impacto das actividades de iniciação às ciências naturais. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro (Não publicada).
- (17) .ereira, A. (2006). Stresse e Doenças: Contributos da Psicologia da Saúde na Última Década. In: Isabel Leal (Coord.). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. 145-167. Coimbra: Quarteto Editora.

- (18) Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *ANÁ Psicológica*. [online]. 23(4), 361-371. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312005000400001&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0870-8231
- (19) Harter, S. (2003). The development of self-representations during childhood and adolescence. In: M. R. Leary and J. P. Tangney, *Handbook of self and identity*. 610-642. New York: The Guilford Press http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/avalpsi_11.pdf
- (20) Roldão, M. C. (2004). Transversalidade e Especificidade no Currículo: Como se constrói o conhecimento? In *Infância e Educação – Investigação e Práticas Revista do GEDEI (Grupo de Estudos para o Desenvolvimento da Educação de Infância)*, nº 6 , 61-72. Consultado em Novembro, 2011, em http://www.ierg.net/GPEI/assets/documents/Curr_ConstrudoConhecimento.pdf

PROJETO DE EDUCAÇÃO SEXUAL, GABINETE DA SEXUALIDADE: “EU, TU E O NOSSO CORPO”, NUMA ESCOLA SECUNDÁRIA

SEXUAL EDUCATION PROJECT, SEXUALITY OFFICE “ME, YOU AND OUR BODY”, AT A SECONDARY SCHOOL

Maria de Fátima Claro¹, José Hermínio Gomes², Maria de Fátima Soares³

1 ACES Baixo Mondego II, Centro de Saúde Figueira da Foz. claro.fatima@gmail.com

2 Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. herminio@esenfc.pt

3 ACES Baixo Mondego II Foz. fatimasersoares@gmail.com

RESUMO

Introdução – Na promoção da saúde é necessário ir ao encontro dos conhecimentos e das dificuldades dos alunos e desenvolver com eles projetos que contribuam para o seu *empowerment*. Adotámos o método de educação pelos pares. Nele o profissional de saúde capacita um grupo de alunos, com informação científica para servir de transmissor aos outros colegas. Estes informam e influenciam os pares positivamente, atuando como agentes de mudança, acompanhados pelos profissionais de saúde que lideram o processo.

Objetivo geral - Capacitar os alunos do 10º ano para a educação pelos pares.

Objetivos específicos - Formar pelo menos 25% dos alunos aderentes ao projeto. Que pelo menos 50% dos alunos participantes, respondam corretamente a dois terços do questionário final.

Metodologia - Reunião prévia com a responsável do PESES; divulgação do projeto pelas turmas do 10º ano através dos diretores de turma; organização dos grupos de alunos; agendamento das formações; elaboração do plano com os conteúdos programáticos; realização das intervenções, recorrendo a diversas técnicas; elaboração de formulário a utilizar; atuação dos alunos no gabinete. Previamente, aplicaremos um questionário de diagnóstico dos conhecimentos dos alunos. No final da intervenção teórica, aplicaremos o mesmo questionário para determinar os conhecimentos adquiridos. Os alunos que demonstrarem conhecimentos e disponibilidade serão os formadores dos pares que seguirão o formulário de registo e posterior análise de dados.

Avaliação – Nº de alunos que aderiram ao projeto; taxa de sessões frequentadas; percentagem de alunos com dois terços ou mais de respostas certas no questionário final; percentagem de atendimentos pelos pares.

Palavras-chave - Educação pelos pares; sexualidade; escola.

ABSTRACT

Introduction: To promote health care means to meet students' knowledge and difficulties and also to develop projects which contribute to their own empowerment.

We chose the peer education method, through which the health professional gives specific information to a group of students so they can pass it on others. These students inform and

positively influence their peers, acting as changing agents, always being accompanied by the health professional who leads the whole process.

General objective: To promote peer education among 10th grade students.

Specific objectives: To educate at least 25% of students in project. To have less than 50% of participating students answering correctly to two thirds of the final questionnaire.

Methodology: Previous meeting with the teacher responsible for the sexual education program at school; project's presentation to 10th grade students through their class tutors; organization of the students into groups; sessions scheduling; plan making considering study contents; interventions using different techniques; making of the registry form sheet; students action.

Previously, we will apply a questionnaire to diagnose students' knowledge on the contents. At the end of the teaching sessions, the same questionnaire will be applied in order to check knowledge acquisition. Students who will reveal themselves capable and available will be their peers' trainers according to the registry form and will afterwards analyze data.

Evaluation: Amount of participating students; rate of attended sessions; percentage of students with two thirds up correct answers on the final questionnaire; percentage of students attended by their peers.

Keywords: Peer education; sexuality; school

1. INTRODUÇÃO

O Plano Nacional de Saúde Escolar valoriza o envolvimento da própria comunidade escolar de forma a “desenvolver as suas potencialidades salutogénicas”¹. Por isso, numa ação de promoção da saúde sobre sexualidade é necessário ir ao encontro dos conhecimentos e das dificuldades dos alunos e desenvolver com eles projetos que contribuam para o seu empowerment.

A Lei nº 60/2009 veio legitimar a atuação que se fazia pontualmente nas escolas, estabelecendo “a aplicação da educação sexual nos estabelecimentos de ensino básico e ensino secundário”². A educação sexual é agora um assunto de inclusão obrigatória nos projetos educativos das escolas.

Com base na legislação, a educação para a saúde e a educação sexual devem ter o acompanhamento e apoio dos profissionais de saúde das unidades de saúde da respetiva comunidade. As escolas com 2.º e 3.º ciclos do ensino básico e do ensino secundário devem disponibilizar, também aos alunos, um gabinete de informação e apoio no âmbito da educação para a saúde e educação sexual. O gabinete de informação e apoio, em articulação com as unidades de saúde, envolve especialmente os alunos na definição dos seus objetivos, assegura o seu envolvimento e participação na organização do mesmo. Os alunos devem ter acesso a informação via internet ou presencial sobre todos os temas suscetíveis de dúvidas como os métodos contraceptivos, a gravidez na adolescência, as infeções sexualmente transmissíveis entre outros. As questões colocadas pelos alunos devem ter resposta célere, serem adequadas ao seu nível de compreensão e garantir a confidencialidade e a privacidade.

A criação da Carta de Ottawa, em 1986, levou a que, entre outras coisas, a OMS reconhecesse e considerasse a Educação pelos Pares como uma metodologia altamente eficaz na modificação dos comportamentos. A educação pelos pares é atualmente uma estratégia usada para responder a questões relacionadas com a promoção da saúde, prevenção da doença e de comportamentos de risco³ (Dias, 2006).

Foi pensando nesta forma de participação ativa dos alunos e dos professores envolvidos no programa de educação para a saúde e educação sexual que adotámos o método de educação pelos pares para dinamizar a implementação do gabinete dessa escola do Concelho da Figueira da Foz. Nele o profissional de saúde capacita um grupo de alunos voluntários, com informação científica para servir de transmissor aos outros colegas. Estes informam e influenciam os pares positivamente, atuando como agentes de mudança, acompanhados pelos profissionais de saúde que lideram o processo. Os jovens que irão funcionar como formadores dos seus pares são previamente formados em temas sobre a anatomia e fisiologia do corpo humano, sexualidade, métodos contraceptivos e infeções sexualmente transmissíveis, consumos nocivos, assumindo o papel de “peritos” já que vão dominar essas matérias relativamente aos seus pares. Prevê-se, igualmente, a aquisição de competências interpessoais, comunicacionais, de resolução de problemas, entre outras.

No entanto, para se assumir o papel de educador (de pares) é necessário desenvolver um conjunto de competências pedagógicas que incluem os quatro pilares da educação: saber, saber fazer, saber estar e saber ser (UNESCO, 20034).

De acordo com as linhas orientadoras da Educação Sexual em meio escolar (ME, 2000: 34), 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 ação 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 atividades da sala de aula”5.

O objetivo deste projeto é capacitar os alunos voluntários do 10º ano da escola do Concelho de Figueira da Foz para a educação pelos pares. Pretendemos formar pelo menos 25% dos alunos aderentes ao projeto e que pelo menos 50% dos alunos participantes respondam corretamente a dois terços do questionário final.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A implementação de um projeto de educação pelos pares, passa pela definição do grupo-alvo e contexto onde se pretende intervir (gabinete da sexualidade), o estabelecimento de objetivos, o desenvolvimento de um plano de ação, o recrutamento, formação e treino de educadores de pares e a sua supervisão e apoio6 S. Formar pares educadores, faz com que os jovens fiquem sensibilizados para uma participação mais consciente na sociedade, questionando comportamentos, atitudes e valores.

Depois de clarificados os conceitos, realizamos uma reunião com a professora responsável do Programa de Educação para a Saúde e Educação Sexual da escola do Concelho da Figueira da Foz, para planificar e organizar a implementação do projeto. O primeiro passo foi escolher a população alvo, que optámos por unanimidade os alunos do 10º ano das várias áreas, pois estes permanecerão na escola por mais dois anos. A divulgação foi feita através dos diretores de turma por todos os 10º anos da escola. Após a organização dos grupos de alunos, agendámos as formações e elaborámos o plano com os conteúdos programáticos a abordar durante este ano letivo. Iniciámos a nossa intervenção em princípio de novembro com a aplicação de um questionário de diagnóstico dos conhecimentos dos alunos. Para a realização das intervenções, recorreremos a diversas técnicas (brainstorming, dinâmicas de grupos, role play, expositivo, demonstrativo, etc.).

Os temas seleccionados são anatomia e fisiologia do corpo humano, auto estima, auto conceito, métodos contractivos, gravidez na adolescência, infeções sexualmente transmissíveis e consumos nocivos. No final da intervenção teórica, aplicaremos o mesmo questionário para determinar os conhecimentos adquiridos. Os alunos que demonstrarem conhecimentos e disponibilidade serão os formadores dos pares que seguirão o formulário de registo elaborado para o efeito para posterior análise de dados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Presentemente, com apenas dois meses de implementação, tivémos dezoito inscrições e temos doze participantes. Realizámos seis sessões com 100% de presenças. Os alunos participaram em todas as atividades com agrado e dinamismo. No final do ano letivo a avaliação deste projeto será feita através dos seguintes indicadores: Número de alunos alvo de intervenção; Número de sessões; Número de pares formadores formados; Número de jovens que procuraram o gabinete de informação e apoio; Taxa de sessões frequentadas; Percentagem de respostas certas no questionário final; percentagem de atendimentos pelos pares.

4. CONCLUSÃO

Este projeto terá um horizonte temporal de dois anos letivos. Presentemente encontra-se a decorrer pelo que a avaliação parcelar só será possível no final do ano letivo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa:DGS.
- (2) MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. 2000. Educação sexual em meio escolar: linhas orientadoras. Lisboa: DGS. (1)6 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.
- (3) LEI nº 60/2009. D.R.I Série. 151(2009-8-4) 5097-5098.
- (4) 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.Lisboa
- (5) UNESCO. (2003). Peer approaches in adolescent reproductive health education: somelessons learned. Consultado em Julho, 2008, em [http://unesdoc.unesco.org/ images/0013/001305/130516e.pdf](http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001305/130516e.pdf).

PROMOÇÃO DO SUCESSO ESCOLAR EM CRIANÇAS PORTUGUESAS DESFAVORECIDAS: UM ESTUDO SOBRE A RESILIÊNCIA

PROMOTION OF SCHOLAR SUCCESS IN DISADVANTAGED PORTUGUESE CHILDREN: A RESILIENCE STUDY

Lívia Andreucci¹, Anabela Pereira², Lurdes Cró³, Amarilis Rocha⁴, Kenneth Merrell⁵, Andreia Lopes⁶, Filipa Almira⁷, Pedro Vitória⁸, Rita Andrade⁹, Selma Rodrigues¹⁰, Sofia Santos¹¹

¹ Universidade de Aveiro - landreucci@ua.pt

² Universidade de Aveiro - anabelapereira@ua.pt

³ Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Educação mlurdescro@gmail.com

⁴ Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde arocha@hotmail.com

⁵ Universidade do Oregon - kmerrell@uoregon.edu

⁶ Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde andreialopes1987@hotmail.com

⁷ Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde filipaalmira@hotmail.com

⁸ Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde pedrodanielvitoria@hotmail.com

⁹ Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde foo1503@hotmail.com

¹⁰ Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde selmarodrigues@hotmail.com

¹¹ Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde sofiasantos85@gmail.com

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo estudar a resiliência em alunos portugueses desfavorecidos dos 10 aos 14 anos de idade, de uma escola da Região Centro. É apresentado um projeto que foi realizado com 78 alunos portugueses, envolvendo um grupo experimental (que foi submetido à intervenção) e grupo controlo (sem intervenção) onde foram aplicadas metodologias quantitativas. Foi utilizado o Programa Strong Kids, avaliado através do Strong Kids Unit Tests, que é dividido em duas partes: The Strong Kids Symptoms Test, e o Strong Kids Knowledge Test. O primeiro avalia a resiliência em relação aos sintomas e o segundo avalia os conhecimentos adquiridos. Os resultados apresentados são compatíveis com estudos americanos realizados com as mesmas faixas etárias, onde os alunos mais velhos do grupo experimental apresentaram melhores desempenhos, tendo sido verificada a diminuição dos sintomas negativos e um aumento de conhecimentos, bem como ligeiras melhorias a nível das competências pessoais e sociais.

São sugeridas mudanças no processo ensino/ aprendizagem, nas avaliações e na formação inicial e contínua dos professores para que haja uma intervenção mais eficaz a nível das crianças desfavorecidas, tendo em vista o sucesso escolar.

Palavras-chave: resiliência, educação, crianças desfavorecidas, sucesso escolar

ABSTRACT

The aim of this work is to study the resilience in disadvantaged Portuguese students from 10 to 14 years old from a school of the Central Region. It is presented a project that was conducted with 78 Portuguese students, involving an experimental group (which underwent intervention) and control

group (no intervention) which were applied quantitative methodologies. We used the Strong Kids Program that was measured by the Strong Kids Unit Tests, which is divided into two parts: The Strong Kids Symptoms Test, and the Strong Kids Knowledge Test. The first shows the resilience-related symptoms and the second analyze the knowledge that was acquired. The results are consistent with american studies performed with students of the same age, where older students in the experimental group showed better performance, and a decrease of the negative symptoms and an increase of knowledge as well improvements in personal and social skills. Changes are suggested in the teaching / learning, evaluations and initial and continuing training for teachers to get a better intervention with the disadvantaged children in order to be succeed at school.

Keywords: resilience, education, disadvantaged children, school success

1. INTRODUÇÃO

No meio de qualquer adversidade, encontra-se a oportunidade (Einstein). Desde a mais tenra idade pode-se aprender a lidar com as próprias emoções e a dos outros, ver o mundo sob diferentes pontos de vista, o que poderá ajudar a ter uma melhor qualidade de vida, saúde e sucesso pessoal e profissional, um dos desafios do século XXI. A UNESCO propõe como modelo de Educação o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser para que o indivíduo formule seus próprios juízos de valor, que possa decidir por si próprio como agir nas diferentes circunstâncias e adversidades da vida, para que tenha relacionamentos saudáveis e que possa haver a transformação pessoal em prol da cidadania. A nível de educação, já se começam a evidenciar programas promotores da resiliência, indicadores de uma vida saudável, em diversas fases da vida, da infância à idade adulta. Segundo Hensius(2010) e Grotberg (1993), o termo resiliência, foi adaptado da física em sentido psicológico. Ela também define a resiliência como sendo uma qualidade não fixa, que muda segundo o período de vida e as circunstâncias, segundo o tipo de trauma e como a pessoa o vivencia, e também segundo fatores histórico-culturais. É um processo dinâmico, sendo uma simbiose entre o interior e o exterior do indivíduo, num contexto social, resultado da interação de vários microssistemas (família, escola, amigos) e macrossistemas (comunidade, crenças, ideologias, valores e costumes, meios de comunicação, situação económica e sistema educacional), segundo o modelo bioecológico de Bronfenbrenner (1987). A resiliência leva a uma metamorfose do indivíduo, onde ele aprende com a experiência vivida e tira lições de vida. Destacaremos neste trabalho, um programa envolvendo o estudo da resiliência em crianças e adolescentes portugueses dos 10 aos 14 anos de idade (*Strong Kids*), desenvolvido nos Estados Unidos, traduzido e adaptado para o português, de acordo com a autorização do autor americano, que tem como objetivo promover a resiliência nas crianças e jovens, ensinando aptidões sociais e emocionais, reforçando as capacidades que já possuem e desenvolvendo e aumentando as estratégias de *coping*, bem como avaliar a influência dos determinantes dos Programas *Strong Kids* (*grade 3-5*), e *Strong Kids* (*grade 6-8*) no desenvolvimento da resiliência, na criança em idade escolar.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Amostra

Foram investigadas 76 crianças portuguesas em idade escolar compreendida entre os 10 aos 14 anos, que frequentam o ensino básico. O local selecionado foi uma Escola do Distrito de Viseu.

Optou-se por escolher, para o grupo experimental 21 crianças de uma turma de 6º ano e 17 crianças de uma turma do 8º ano. Foram escolhidas de outra turma de outro sexto ano mais 23 crianças e 15 outros alunos de outro 8º ano para fazerem parte do grupo de controlo, não sendo estas sujeitas à aplicação dos programas *Strong Kids (grade 3-5)* e *Strong Kids (grade 6-8)*. Aplicámos os pré-testes e os pós-testes, a ambos os grupos, nos dias 13 de outubro e 10 de novembro, respetivamente.

2.1 Instrumentos

Programa Strong Kids

Para realizar o nosso estudo, aplicámos os Programas Strong Kids (grade 3-5) e Strong Kids (grade 6-8). Este programa foi desenvolvido nos Estados Unidos, na universidade de Oregon, pelo Departamento de Educação Especial e Ciências Clínicas, dirigido pelo Dr. Kenneth Merrell, para alunos dos 10 aos 14 anos. O programa em causa tem como objetivo promover a resiliência nas crianças e jovens, ensinando aptidões sociais e emocionais, reforçando as capacidades que já possuem desenvolvendo e aumentando as estratégias de coping. A estrutura dos programas Strong Kids (grade 3-5) e Strong Kids (grade 6-8), utilizado por nós, baseia-se em 12 sessões, com duração variada. Estas mesmas lições estão contidas nos manuais utilizados e apresentam os seguintes temas e finalidades:

Lição n.º 1: “Strong Kids – Treino de Força/ Resistência (Strength) Emocional”, cuja finalidade é introduzir aos alunos o curriculum Strong Kids;

Lição n.º 2: “Perceber Teus Sentimentos/emoções - 1”, cuja finalidade é ensinar os alunos a nomear emoções básicas;

Lição n.º 3: “Perceber Teus Sentimentos/emoções - 2”, cuja finalidade é ensinar aos alunos modos apropriados de expressar os sentimentos;

Lição n.º 4: “Lidar com a Raiva”, cuja finalidade é ensinar aos alunos a perceberem a raiva e como gerir a agressão;

Lições n.º 5: “Perceber os Sentimentos das Outras Pessoas”, cuja finalidade é ensinar os alunos a identificarem os sentimentos/emoções dos outros e a terem diferentes perspetivas;

Lição n.º 6: “Pensamento Claro 1”, cuja finalidade é identificar padrões (modelos) de pensamentos negativos e desenvolver uma escala dos tipos de emoções;

Lição n.º 7: “Pensamento Claro 2”, cuja finalidade é prover os alunos com aptidões relevantes e aplicáveis para refutar os padrões (modelos) de pensamentos negativos;

Lição n.º 8: “O Poder do Pensamento Positivo”, cuja finalidade é ensinar aos alunos a como mudar seus pensamentos negativos e crenças;

Lição n.º 9: “Resolver os Problemas das Outras Pessoas”, cuja finalidade é ensinar os alunos a resolverem conflitos com outras pessoas;

Lição n.º 10: “Deixar para lá o Stress”, cuja finalidade é ensinar os alunos métodos para identificar e reduzir o stress;

Lição n.º 11: “Estabelecer Metas e Permanecer Ativo”, cuja finalidade é ensinar os alunos a estabelecerem metas e aumentar as atividades positivas como meio para uma vida saudável;

Lição n.º 12: “Conclusão”, cuja finalidade é rever os principais conceitos apresentados no Strong Kids.

Strong Kids Unit Test

Com o objetivo de podermos avaliar a capacidade de resiliência na criança em idade escolar, aplicamos o Strong Kids Unit Test (8 a 14 anos). Estes testes foram desenvolvidos na universidade de Oregon, nos Estados Unidos da América, pelo Departamento de Educação Especial e Ciências Clínicas e, posteriormente, traduzidos para a língua portuguesa, com a autorização do autor.

O Strong Kids inclui um teste de sintomas com 10 itens e um teste de conhecimento composto por 20 itens. O teste de sintomas tem como objetivo avaliar os sentimentos/emoções dos alunos e padrões/estilo/modelos de pensamentos relacionados ao sofrimento/perigo/agonia emocional. O teste de conhecimento avalia o conhecimento dos alunos sobre os conceitos emocionais e sociais e as estratégias de coping, baseados no contexto do currículo. Estes testes devem ser usados para medir o quão efetivo é o Strong Kids Curriculum no aumento do conhecimento do aluno nos conceitos sócio-emocionais e nas estratégias de coping e na diminuição dos sintomas de sofrimento/desgaste emocional. No teste de sintomas, os 10 itens incluem espaços onde os alunos escrevem suas respostas (X) observando como se sentem. Estes espaços têm valores de 0 a 3, onde o maior número indica maior desgaste/sofrimento emocional. Ao somarem-se os valores, anota-se o total de pontos obtidos no teste, na parte inferior do teste. O teste de conhecimento deve ser avaliado com a chave de pontuação, contendo as respostas corretas para cada um dos 20 itens e indica o número da lição a que se refere a pergunta, deve-se comparar as respostas corretas com as respostas dadas pelos alunos, marcando com um "X" ou outra marca as respostas dadas incorretas. Para se poderem comparar os pré - testes com os pós – testes, deve-se fazer a diferença do total dos pontos obtidos do pré teste dos pontos obtidos no pós – teste. No Testes de Sintomas as pontuações mais altas revelam maior sofrimento/ desgaste emocional ou preocupação, ao passo que as pontuações mais altas no Teste de Conhecimentos indica maior conhecimento dos conceitos sócio – emocionais e das estratégias de coping. Em condições ideais, a participação no Programa Strong Kids resultará num aumento de pontuação no teste de conhecimento (as pontuações do pós – teste serão mais elevados que no pré – teste) e na diminuição de pontuação no teste de sintomas (os pós – testes terão resultados mais baixos que os pré – testes). Os programas foram aplicados numa escola do Distrito de Viseu e as atividades decorreram tendo em conta a disponibilidade da instituição e dos investigadores. As lições obedeceram à ordem descrita nos manuais utilizados e foram aplicadas duas a três lições em cada sessão, perfazendo um total de cinco sessões, incluindo a aplicação do pré-teste e do pós-teste.

2.2 Procedimentos

Para a realização deste estudo foi solicitada a autorização para a realização do mesmo ao Exmo. Senhor Presidente da Escola e demais órgãos responsáveis para a aplicação de 5 sessões e questionários no período compreendido entre 13/10/09 a 10/11/09, sendo elaborado um cronograma de atividades para a aplicação dos testes e das sessões. No contacto com os sujeitos da investigação, foi pedida a colaboração graciosa e voluntária, livre de interesses e pressões, explicando o âmbito e os objetivos do estudo, colocando-nos ao inteiro dispor para esclarecimento de dúvidas. Foi também solicitada a autorização dos pais para que os jovens pudessem participar. As questões éticas foram respeitadas, a participação foi voluntária e cada pedido era acompanhado de carta explicativa dos objetivos, das condições da pesquisa, sendo assegurada a confidencialidade e anonimato dos dados.

2.3 Análise dos Dados

Utilizamos para a análise dos dados o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 17.0, para MS Windows.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Variáveis: Caracterização da idade e sexo de acordo com o grupo de controlo e experimental

O grupo etário mais representativo é o grupo dos 11 anos com 36.8%, sendo o menos frequente o grupo dos 14 anos com 6.6%. A maioria dos rapazes e raparigas apresentam idades correspondentes aos 11 anos de idade com 31,6% e 42,1%, respetivamente. No sexo masculino há uma menor quantidade de alunos com 14, correspondendo 5,3%. Em relação ao sexo feminino o grupo menos representativo é também o dos 14 anos com uma percentagem de 7,9%. A idade mínima dos constituintes da amostra é 10 anos e a máxima 14 anos, correspondendo-lhe uma média de 11,81 anos. Para o sexo masculino, o mínimo de idades foi de 10 anos e o máximo de 14 anos, sendo a média de 11,84 anos ($DP = 1,175$). no sexo feminino o mínimo de idades é de 10 anos e o máximo de idades é de 14 anos, com uma média de 11,789, ($DP=1,189$). Portanto, A média de idades do sexo masculino é ligeiramente mais elevada que a do sexo feminino.

Caracterização do grupo de controlo e experimental

Na turma de controlo do 6º ano, existem 17 alunos com 11 anos, com uma percentagem de 73,9%, sendo este o grupo mais representativo. A idade mínima nesta turma é de 10 anos e a máxima de 12 anos, com uma média de 10,83, ($DP=0,491$). No grupo controlo do 8º ano, a idade mínima é de 12 anos e a máxima de 14 anos, existe um maior número de alunos com 13 anos, correspondendo a uma percentagem de 46,7%, com uma média de 12,87, ($DP=0,743$). Em relação ao grupo experimental, a turma do 6º ano é constituída por alunos cuja faixa etária se situa entre os 10 e os 13 anos, tendo como grupo mais representativo os alunos com 11 anos, com uma percentagem de 52,4% e sendo a média de idades os 11,19 anos ($DP = 0,873$). No grupo experimental do 8º ano, o grupo mais representativo é o dos alunos com 13 anos com uma percentagem de 76,5%, sendo a idade mínima de 12 anos e a máxima de 14 anos, com média de 13 anos de idade. Em relação ao sexo, verificámos que no grupo de controlo, na turma do 8º ano o sexo mais representativo é o feminino com 66,7 % do grupo, correspondendo o sexo masculino a 33,3% do grupo com 5 alunos. Em relação ao grupo controlo do 6º ano verifica-se o inverso, ou seja, o grupo mais representativo é o do sexo masculino com 12 alunos, 52,2%, no sexo feminino a percentagem é de 47,8%, não sendo a diferença significativa. No grupo experimental, da turma do 8º ano a maioria dos alunos é do masculino com 64,7%, correspondendo o sexo feminino a 35,3%. E no grupo experimental da turma do 6º ano, podemos observar que o sexo feminino é o mais representado com 52,4%.

Sintomas e Conhecimento: pré-teste e pós-teste

No pré-teste de sintomas, o *score* mínimo observado foi de 4 e o máximo de 22, sendo a média de 13,9 ($DP= 3,02$). No pós-teste, o *score* mínimo observado foi de 4 e o máximo de 21, com uma média de 13,8 ($DP= 3,60$). No pré-teste de conhecimentos, o *score* mínimo observado foi 5 e o máximo 17, sendo a média 11,34 ($DP=3,06$). Relativamente ao pós-teste, apresenta um *score* mínimo de 5 e máximo de 18, com uma média de 12,50 ($DP=2,89$). No grupo controlo do 8º ano, o *score* mínimo

observado foi de 7 e o máximo de 18, sendo a média de 13,53 (DP= 2,92). No grupo controlo do 6º ano o *score* mínimo observado foi de 4 e o máximo de 18, com uma média de 13,17 (DP= 3,47). No grupo experimental do 8º ano, o *score* mínimo observado foi 8 e o máximo 18, sendo a média 13,65 (DP=2,29). Relativamente ao grupo experimental do 6º ano, apresenta um *score* mínimo de 10 e máximo de 22, com uma média de 15,29 (DP=2,81).

Conhecimento em relação aos Grupos Experimental e Controlo no Pré e Pós Teste

No grupo controlo do 8º ano, o *score* mínimo observado no pré teste foi de 5 e o máximo de 17, sendo a média de 12,67 (DP= 2,89). No grupo controlo do 6º ano, o *score* mínimo observado foi de 6 e o máximo de 18, com uma média de 11,35 (DP= 2,96). No grupo experimental do 8º ano o *score* mínimo observado foi 10 e o máximo 17, sendo a média 14,53 (DP=2,06). Relativamente ao grupo experimental 6º ano, apresenta um *score* mínimo de 7 e máximo de 17 com uma média de 12,00 (DP=2,66). Quanto ao pós teste, grupo controlo do 8º ano apresentou *score* mínimo de 10 e o máximo de 19, sendo a média de 14,60 (DP= 2,50). No grupo controlo do 6º ano, no pós teste, o *score* mínimo observado foi de 4 e o máximo de 20, com uma média de 12,78 (DP= 3,87). No grupo experimental do 8º ano, o *score* mínimo observado do pós teste foi 6 e o máximo 17, sendo a média 12,82 (DP=2,92). Relativamente ao grupo experimental o 6º ano apresenta um *score* mínimo de 4 e máximo de 21, com uma média de 15,19 (DP=4,06). Para compararmos os sintomas e conhecimentos do pré-teste e pós-teste em todos os grupos já descritos, utilizamos o teste Wilcoxon. Somente no teste de conhecimentos do 8º ano do grupo experimental, as ordenações positivas são superiores as ordenações negativas, com significância estatística ($p= 0,002$), o que significa que as pontuações do pós-teste são superiores às do pré-teste, pode-se concluir que as formações tiveram efeitos positivos nos conhecimentos.

Relação entre as variáveis sócio-demográficas e a resiliência

Para testar o efeito das variáveis sócio-demográficas sobre a variável resiliência, utilizámos o teste U de *Mann-Whitney* e o teste *Kruskal-Wallis*, para comparar o centro de localização das duas amostras, como forma de detetar diferenças entre elas. Em relação à idade, observamos que no pré-teste sintomas são as crianças de 12 anos de idade que apresentam um nível mais elevado de sintomas. No pós-teste de sintomas, são igualmente as crianças de 12 anos de idade, sendo as diferenças respetivamente, não significativas ($p=0,19$) e significativas ($p=0,03$). Face a esta constatação poderemos afirmar que a idade tem efeito significativo nos sintomas na criança em idade escolar, embora não tem efeito significativo nos conhecimentos da criança em idade escolar, uma vez que No pré-teste e pós-teste de conhecimentos, em relação à idade, observamos que são as crianças com 13 anos de idade que apresentam um nível mais elevado de conhecimentos, sendo as diferenças respetivamente, não significativas ($p=0,05$) e significativas ($p=0,03$). No que diz respeito ao sexo, não foram encontradas diferenças significativas entre os pré e pós-testes de conhecimento ($p=0,25$ e $p=0,57$) e os pré e pós testes de sintomas ($p=0,62$ e $p=0,60$). Para testar o efeito da aplicação do programa *Strong Kids* na resiliência nos jovens dos 10 aos 14 anos, utilizámos o teste de *Wilcoxon* para comparar duas condições (o pré-teste e o pós-teste do grupo experimental e do grupo de controlo), como forma de detetar diferenças entre elas. Observamos que no grupo de controlo da turma do 6º ano, as ordenações negativas são superiores às ordenações positivas, o que significa que as pontuações de sintomas e conhecimentos do pré-teste são superiores às do pós-teste. No grupo experimental do 6º ano, as ordenações positivas nos testes de sintomas são

iguais às ordenações negativas, pelo que as pontuações do pós-teste são iguais às do pré-teste de sintomas. Nos testes de conhecimentos as ordenações negativas são superiores às positivas, o que significa que as pontuações de conhecimentos do pré-teste são superiores às do pós-teste. Sendo que o valor da probabilidade é respetivamente, não significativo ($p=-2,45$) e significativo ($p=0,014$), face a esta constatação, somos que a aplicação do programa *Strong Kids* na turma do grupo experimental do 6º ano não teve efeito positivo. Tais resultados podem ser explicados pelos contextos sócio-culturais existentes, uma vez que os alunos desse ano escolar revelam ter mais comportamentos problemáticos ao nível social e emocional, quando foram indagados os professores responsáveis pela turma. Quanto ao grupo de controlo na turma do 8º ano, as ordenações positivas são superiores às ordenações negativas, o que significa que as pontuações de sintomas e conhecimentos do pós-teste são superiores às do pré-teste. No grupo experimental, a turma do 8º ano as ordenações negativas no teste sintomas são superiores às ordenações positivas, pelo que as pontuações de sintomas do pré-teste são superiores à do pós-teste. No teste de conhecimentos da turma experimental, as ordenações positivas são superiores às negativas, o que significa que as pontuações do pós teste são superiores às do pré. Embora os resultados não sejam significativos em ambas as turmas, exceto na turma do 8º ano em que nos testes de conhecimentos os resultados são significativos ($p=0,002$), face a esta constatação, podemos afirmar que a aplicação do programa *Strong Kids* teve efeito positivo nos testes de conhecimentos. Para testar a resiliência no grupo de controlo e no grupo experimental, utilizámos o teste multivariados de MANOVA que visam testar as hipóteses relativas a este teste. Existindo variáveis estatísticas de testes possíveis, a escolha recaiu no teste de *Wilk's Lambda*. Observamos que no pré-teste de conhecimentos no grupo controlo do 8º ano, e no grupo experimental do 6º ano e do 8º ano, existem diferenças significativas. No pós-teste de conhecimentos no grupo controlo do 6º ano e no grupo experimental do 6ºe 8º anos, foram observadas diferenças significativas referentes a este teste. Face a esta constatação, pode-se afirmar que o grupo experimental apresenta maior conhecimentos que o grupo de controlo.

4. CONCLUSÃO

Ao analisar a resiliência no seu enquadramento conceptual e estudos realizados (Merrell, 2008) tínhamos presente que quando os resultados dos testes de sintomas diminuem e os resultados dos testes de conhecimentos aumentam, do pré teste para o pós teste, podemos dizer que as crianças aumentaram a resiliência. Verificámos não haver diferenças significativas quer entre as pontuações dos grupos controlo, quer quanto ao género. Nos grupos experimentais, as pontuações do pós-teste são superiores à do pré-teste. Sendo que o valor da probabilidade é estatisticamente significativa, indica que o programa de intervenção realizado teve efeito positivo. Estes resultados indicam que quando comparados o grupo experimental e o grupo controlo, a evolução da resiliência foi bem sucedida ao nível do grupo que se submeteu ao Programa *Strong Kids*, sem diferenciação dos géneros, sendo tais valores indicadores de que estas crianças e adolescentes melhoraram a sua capacidade de resiliência, especificamente ao nível do controlo das suas emoções, no lidar com os problemas e com as emoções próprias e dos outros, e também a nível da capacidade empática. Tais resultados são muito semelhantes aos estudos exploratórios realizados pela equipa de investigadores que compõe o projeto *Strong Kids*, de Kenneth Merrell (2007) do Oregon Resilience Project (ORP), da Universidade do Oregon, nos Estados Unidos. Em síntese, diremos que a realização desta investigação envolveu vários técnicos de diferentes formações: professores, psicólogos e

enfermeiros, tendo sido bastante exigente e desgastante em termos pessoais e profissionais. Contudo, foi altamente gratificante observarmos os resultados positivos e o progresso verificado nas crianças e adolescentes e no modo como elas desenvolveram as suas competências. Embora conscientes das limitações da natureza de um estudo tipo exploratório, estes resultados deverão ser interpretados com reservas e alguma precaução, pois não puderam ser controladas as variáveis “parasitas”. Os resultados globais desta intervenção direta com as crianças e adolescentes portugueses permitiram - nos salientar a importância dos objetivos e adequabilidade das metodologias utilizadas. Propomos sugerir a continuação da aplicação desse programa de intervenção em contextos escolares, em crianças em idade escolar, visando a promoção da saúde e do bem-estar de crianças, da melhoria da qualidade de vida, bem como a implementação no curriculum da formação básica e contínua dos profissionais que trabalham na área da educação e saúde, de noções sobre a resiliência e o estudo das emoções e sentimentos para uma melhor compreensão do mundo ao nosso redor e como lidar com as adversidades nas atividades quotidianas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Andreucci, L. & Pereira, A. (2008) Strong Kids- 8 a 12 anos de idade: Versão Portuguesa do Programa de Promoção da resiliência Strong Kids. Documento a aguardar publicação. Aveiro
- (2) Andreucci, L. & Pereira, A. (2008) Strong Kids -12 a 14 anos de idade: Versão Portuguesa do Programa de Promoção da resiliência Strong Kids. Documento a aguardar publicação. Aveiro
- (3) Bronfenbrenner, U.; Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In: Damon, W.; Lerner, R. (Orgs.). Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development. New York: John Wiley, 1998. p. 993-1028.
- (4) Hensius, A. (2010). Fundamentos Psicológicos da Psicomotricidade na Área da Saúde. In: Ferreira,C.; Hensius,A; (Org.). Psicomotricidade na Saúde (pp.47-64). Rio de Janeiro: WAK Editora.
- (5) Merrell, K; Carrizales, D.; Feuerborn, L.; Gueldner, B. ; Tran , O. (2007). Strong Kids - Grades 3-5 . A social and emotional learning curriculum. Baltimore: Paul H.Brookes Publishing.
- (6) Merrell, K; Carrizales, D.; Feuerborn, L.; Gueldner, B. ; Tran , O. (2007). Strong Kids - Grades 6-8 . A social and emotional learning curriculum. Baltimore: Paul H.Brookes Publishing.
- (7) Grotberg, E. (1993a) Promoting Resilience in Children: A New Approach. The Ahfad Journal 10 (2):5-14.
- (8) Strong Kids Website, ORP, University of Oregon, consultado em 28 de julho de 2010 <http://strongkids.uoregon.edu/>

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA



A SEXUALIDADE SOB O PONTO DE VISTA DE TRÊS GERAÇÕES (ALUNOS ADOLESCENTES, PAIS E AVÓS)

THE SEXUALITY UNDER THE POINT OF VIEW OF THREE GENERATIONS (ADOLESCENTS STUDENTS, PARENTS AND GRANDPARENTS)

Isabel Jesus

Escola Grão Vasco (Viseu).i.alexmoura@gmail.com

RESUMO

Este estudo derivou da importância da sexualidade, assumida pelos jovens e da contínua preocupação que tal representa para pais, educadores e sociedade em geral, tendo em conta a frequência de gravidez em adolescentes, a propagação de doenças sexualmente transmissíveis, bem como a relevância que uma primeira experiência sexual pode ter na construção e estruturação da vida afetiva dos jovens. Estabelecemos como objetivos: identificar a visão da sexualidade nas diferentes gerações estudadas; identificar o conceito de sexualidade nas três diferentes gerações estudadas; verificar se os pais e avós comunicam com os seus filhos/netos e que assuntos abordam; verificar a opinião respeitante à Educação Sexual nas escolas, pelos alunos, pais e avós. Foi realizado um estudo quantitativo de tipo observacional, descritivo e transversal, decorrido entre 2000 e 2002 em duas escolas do Barlavento Algarvio e uma de Vilar Formoso. Dados foram colhidos por questionário autopreenchido pelos adolescentes e por entrevistas realizadas aos pais/mães e avós. Amostra constituída por 125 alunos, 63 do sexo masculino e 62 do feminino. Constatamos que: para as três gerações existem papéis estereotipados atribuídos social e sexualmente a homens e mulheres - na escolha e adoção de profissões; jovens atribuem valor ao aspeto físico, principalmente do Algarve; para iniciar um namoro desejam encontrar alguém de quem gostem; para pais/mães e avós houve uma certa evolução nos conhecimentos dos adolescentes, sobre sexualidade; maioria das gerações possui um conceito pouco adequado sobre sexualidade; escassez de diálogo em torno de temas específicos da sexualidade; as três gerações, com exceção dos avós, estão de acordo com uma Educação Sexual. nas escolas, que contribua para aumentar a informação e esclarecer dúvidas. Ansiamos com a criação de um Programa para a Promoção/Educação da Saúde Sexual dos adolescentes, ajudar pais, educadores a desenvolverem, nos jovens, mais responsabilização, na vivência da sua sexualidade e da dos outros, onde impere a tomada de comportamentos preventivos e a aceitação positiva do prazer, da afetividade e dos comportamentos sexuais.

Palavras-chave: adolescência, sexualidade, família, escola.

ABSTRACT

This study is a result of the importance of sexuality, assumed by young people and by the continuous concern that it represent for parents, educators and society in general, having in mind the frequency of adolescents pregnancy, the spread of sexually transmitted diseases, as well as the relevance that a first sexual experience can have in the development and structure of the youth's emotional life.

We have established as objectives: to identify the vision the different generations have on sexuality; to identify the concept of sexuality the different generations have; to verify if parents and grandparents communicate with their children/grandchildren and the subjects they approach; to verify the opinion they have concerning Sexual Education in school.

For this reason a quantitative observational, descriptive and traverse study was made between 2000 and 2002. This study took place in two schools : Silves and Mexilhoeira Grande, and in : Vilar Formoso. The data were collected through a self – filled questionnaire by the adolescents and interviews made to parents and grandparents. The sample of this study was based on 125 students, 63 males and 62 females, with an average of 13, 87 years. One concludes that: according to the major part of the three generations there are stereotyped roles socially and sexually attributed to men and women, mainly in the choice and the acceptance of professions; In general youngsters attributed great value to their physical appearance, especially the adolescents from Algarve; to start a courtship he/she hops to find somebody who he/she likes; for a great percentage of the parents and grandparents there has been a considerable evolution in the adolescents knowledge about sexuality; most generations possess a concept, which is not quite appropriate about sexuality; the existence of communication among most of the parents/grandparents and of the youngsters, there was reduced dialogue about specific issues of sexuality; the three generations are in agreement about Sexual Education in the schools, which may contribute to increase information and clear doubts. We hope, therefore, with the creation of a Program for the Promotion and the Education of the adolescents Sexual Health to help parents and educators in youngsters more responsibility, living their sexuality and that of others, where it governs the positive acceptance of the pleasure, of the affection and of the sexual behaviours, the consciousness of preventive behaviours as regard to sexual and reproductive health.

Keywords: adolescence, sexuality, family, school.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do Motivo

A Sexualidade surge, na conciliação de necessidades, desejos, emoções, valores e expetativas sociais; logo, as questões e os conflitos que dela resultam, marcam o adolescente e tanto podem surgir antes da adolescência, como permanecer depois desta etapa da vida. Torna-se crucial lidar com a sexualidade, nesta altura, porque o adolescente procura construir a sua identidade, integrando sentimentos, emoções, necessidades e desejos, nomeadamente, sexuais (Costa, 1998).

Deste modo, o comportamento sexual dos adolescentes pode tornar-se uma área de potencial risco, quando tem por base uma atividade sexual precoce e desprotegida, cujas consequências – gravidez precoce e indesejada, transmissão de Doenças Sexualmente Transmissíveis (sobretudo da Sida) aumentam a importância e necessidade da adoção de comportamentos sexuais, cada vez mais

responsáveis e preventivos. Para tal, implica a colaboração dos diversos intervenientes familiares e sociais, que favorecem o desenvolvimento de valores e competências, na gestão da sua sexualidade. Sem dúvida, que a prevenção dos riscos no plano da saúde devem merecer destaque; contudo, temos/devemos encarar a sexualidade “como fator enriquecedor da personalidade e da comunicação entre os indivíduos, fonte de bem-estar, equilíbrio e prazer” (Prazeres, 2002).

Apesar dos jovens terem outras vivências, horizontes e informações, a geração de alguns pais, professores, políticos e demais profissionais, é ainda, maioritariamente, uma geração que viveu mal a aprendizagem e o desenvolvimento da sexualidade. Nesses tempos, a comunicação e o acesso à informação eram muito reduzidos e daí, as dificuldades que os adultos encontram em dialogar com os jovens, sobre estes e outros aspetos mais íntimos. Hoje, graças à comunicação social livre, à T.V, à divulgação rápida, de mensagens entre locais longínquos (contribuindo, por exemplo, a Internet), fala-se, cada vez mais, em sexualidade. Existe, no entanto, excesso de informação e o facto de alguma dela não ser, totalmente, rigorosa em termos científicos, ou ser de difícil acesso, leva a que muitos jovens confundam o sentido e a finalidade das mensagens, criando muitas dúvidas, ideias erradas e situações de elevados riscos.

Por outro lado, é frequente ouvirmos pais e educadores queixarem-se que não sabem lidar com os adolescentes, porque eles, ora são recetivos ora são reservados ou até mesmo agressivos, o que dificulta e até mesmo impede, por vezes, o diálogo, sobretudo ao nível da sexualidade, pois sendo, esta, uma fonte de satisfação e de conflito, passa a ser um dos aspetos mais confusos e complexos da vida.

São estas características dos adolescentes, que tornam árdua, mas ao mesmo tempo estimulante, a tarefa daquele que é, ou quer ser, um verdadeiro educador. O facto de partilharmos e lidarmos de perto com essas angústias, incertezas, dúvidas e medos, levou-nos a estudar e aprofundar um dos temas que mais fascina, e ao mesmo tempo, mais preocupa os adolescentes – A sexualidade. Cabe-nos, assim como a outros educadores, acima de tudo, a missão de manter o diálogo, de deixar fluir os desabafos e de perpetuar, o mais possível, a confiança.

1.2 Finalidade e Objetivos

Com esta investigação pretendemos que a sexualidade seja entendida como uma aceitação positiva do prazer, da afetividade e dos comportamentos sexuais e possibilitar ao adolescente participar no seu próprio crescimento, conhecimento e compreensão das alterações, patentes no seu corpo e nos seus sentimentos, para que ele construa as suas opiniões e formas de pensar, sentir e interagir, de modo responsável e seguro para consigo e para com os outros.

Para tal, vamos:

Comparar três gerações (filhos adolescentes, pais e avós) quanto: ao tipo de perceção relativamente à sexualidade; à definição de sexualidade; ao tipo de relacionamento existente entre elas (pais – filhos; avós – netos); à opinião respeitante à Educação Sexual.

Averiguar a quem e em que situações os adolescentes procuram referências para o esclarecimento de dúvidas respeitantes à sexualidade e que guiem o seu comportamento sexual;

Inferir sobre a influencia do sexo e das regiões/zonas estudadas nos parâmetros acima referidos.

Desta forma, são propostos os seguintes objetivos: identificar a visão da sexualidade nas diferentes gerações estudadas (alunos, pais e avós); identificar o conceito de sexualidade nas três diferentes gerações estudadas (alunos, pais e avós); verificar se os pais e avós comunicam com os seus filhos/netos e que assuntos abordam; verificar a opinião respeitante à Educação Sexual nas escolas, pelos alunos, pais e avós.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Descrição do Método

A recolha de dados iniciou-se, no ano letivo de 2000-2001, com alunos, pais e avós do Barlavento Algarvio e terminou, no ano letivo de 2001-2002, com os alunos, pais e avós de Vilar Formoso. No total foram 125 alunos (71 do Algarve e 54 de Vilar Formoso) e 162 pais e avós (60 do Algarve e 102 de Vilar Formoso).

2.2 Tipo de Estudo

Utilizou-se um método quantitativo de tipo observacional, descritivo e transversal, referindo-se a informação, ao momento da colheita. Este tipo de estudos descreve uma situação ou uma distribuição de uma determinada ocorrência numa população e pode relacionar essa ocorrência com diversas características dessa população, num determinado momento.

2.3 Definição de Conceitos

Adolescente/jovem – alunos inquiridos que se encontravam a frequentar o 3º ciclo do Ensino Básico, durante os anos letivos 2000 – 2001 e 2001 – 2002.

Conforme Prazeres (1998), a OMS considera, na grande parte dos seus documentos, a “adolescência” e a “juventude” como períodos de vida que decorrem, respetivamente, entre os 10 e os 19 anos e entre os 15 e os 25 anos. Porém, neste trabalho entendemos, como sinónimos, os termos adolescência - juventude e adolescente – jovem.

Campo – local habitacional, na zona do Algarve, caracterizado pelo aglomerado de duas ou mais casas, mas que não chegam a ter a dimensão de aldeia.

Região/zona – lugar do país onde estão incluídas, as escolas, a residência dos alunos, dos pais e dos avós e onde se desenrola o seu quotidiano. Neste estudo, considerámos duas regiões, a do Algarve (Silves e Mexilhoeira Grande) e a de Vilar Formoso, que se distinguem pelo seu aspeto morfológico, clima, aproveitamento económico, costumes, etc..

2.4 População e Amostra

População é um conjunto de elementos com alguma característica comum e com grande interesse para o estudo. No entanto, só em casos raros (de dimensão reduzida) é possível analisar todos os elementos de uma população finita. Por isso, recorre-se à amostragem, processo utilizado há muitos anos e que se baseia na experiência, na intuição e na ideia de que uma amostra pode informar sobre as características da população (Murteira, 1993). Amostra é, então, um subconjunto finito, supostamente representativo, da população (Murteira, 1993). Assim, neste estudo:

População – adolescentes, que frequentavam as escolas do 3º Ciclo do E.B do Barlavento Algarvio (Silves e Mexilhoeira Grande) e de Vilar Formoso, e respetivos pais e avós, com quem coabitavam ou que, vivendo só com os pais, conviviam frequentemente, mínimo duas vezes por semana, com os avós. Desta população selecionou-se uma amostra, tendo sido escolhidos os jovens do terceiro ciclo das escolas de Silves, de Mexilhoeira Grande e de Vilar Formoso, que viviam simultaneamente com pais e avós, ou que, vivendo só com os pais, conviviam frequentemente com os avós.

Constituiu-se, assim, uma amostra de 125 adolescentes (71 do Algarve e 54 de Vilar Formoso) e de 162 pais e avós (59 do Algarve e 103 de Vilar Formoso).

2.5 Fontes de Informação

As fontes de informação foram os adolescentes, da amostra, e os respetivos pais ou mães, avós ou avós.

2.6 Recolha e Anotação da Informação

No que diz respeito aos métodos de colheita, suportes e anotação de informação, foram organizados formulários para questionários e entrevistas, com base nos objetivos do trabalho. Estabeleceu-se que o questionário seria dirigido aos alunos e a entrevista administrada aos respetivos pais e avós.

Assim, o questionário foi estruturado em duas partes:

A primeira parte – Q.1 à Q. 8.1 - constituída por dez questões factuais (de caracterização), com a finalidade de obtermos informações sobre os dados pessoais e permitir a caracterização dos jovens, quanto ao sexo, idade, residência, ano de escolaridade, situação profissional do pai e da mãe, profissão do pai e da mãe, situação profissional do avô e da avó;

A segunda parte - Q. 9 à Q. 23.2 - por vinte e seis perguntas, relativas a opiniões e atitudes, informação e autoperceção sobre o tipo de comportamentos relacionais, dentro da família (entre pais - filhos e avós – netos): comunicação, conflitos, opiniões, visões e definições da sexualidade, incluindo a Educação Sexual.

Quanto à ordem das perguntas, tentou-se colocar, no início, as de caráter mais simples, que não suscitassem muitos problemas, e no fim, as mais difíceis, do foro íntimo. O formato das questões utilizado foi: o não – estruturado – questões abertas ou de resposta livre; o estruturado – questões fechadas (dicotómicas e de escolha múltipla) e questões semiabertas ou semifechadas, para tentar obviar os inconvenientes das outras duas. Foram, ainda, utilizadas algumas questões especiais (de filtro) – que servem de controlo ou filtragem às respostas dadas. O tipo de pontuação/codificação utilizado para cada resposta variou conforme a estrutura da questão. Algumas respostas foram categorizadas, por forma a facilitar a sua análise e discussão.

A configuração da entrevista foi idêntica à do questionário, no entanto, o seu número de perguntas foi menor:

A primeira parte – Q. 1 e Q. 2 - com duas questões, para apurar quem respondeu e tirar ilações sobre a reação do entrevistado;

A segunda parte - Q. 3 à Q. 6 – com quatro perguntas de caracterização - idade, profissão, estado civil e escolaridade dos pais e dos avós;

A terceira parte – Q. 7 à 20.1 - com vinte e dois questões sobre factos, opiniões e atitudes, informação e autoperceção sobre o tipo de comportamentos relacionais, dentro da família (entre pais - filhos e avós – netos): comunicação, conflitos, opiniões, visões e definições da sexualidade, incluindo a Educação Sexual.

As entrevistas foram dirigidas (seguiram um guião), com questões semelhantes às do questionário, de formato idêntico, só que com linguagem adaptada aos inquiridos. Uma vez que os questionários foram preenchidos pelos próprios jovens, houve necessidade de se fazer, no início, uma breve e clara explicação do estudo, um pedido de resposta e de garantir a sua confidencialidade e o seu anonimato. Os agradecimentos ficaram no fim dos questionários.

Ao redigir o questionário pensámos no tipo de pessoas a quem se destina - tipo de cultura, idade, escolaridade dos alunos do terceiro ciclo. O mesmo já não se pode fazer relativamente às entrevistas, visto só se ter conhecimento das pessoas, a serem inquiridas, na altura da sua

realização. No entanto, foi possível, nesse próprio momento, alterar e adaptar o tipo de linguagem e vocábulos a cada entrevistado.

Antes da aplicação dos questionários e das entrevistas, à população em estudo, procedemos ao teste destes dois instrumentos, a fim de serem identificados possíveis bloqueadores das respostas, tais como: linguagem, itens com fraco poder discriminativo, etc.. Foi, ainda, verificado o tempo necessário para o preenchimento dos questionários (tendo sido aproximadamente de 1h30) e averiguado quais as questões em que surgiram mais dificuldades e qual o motivo. Os questionários foram, então, testados em 17 alunos, com idades variáveis, que frequentavam o sétimo, o oitavo e o nono anos de escolaridade da Escola E.B. 2,3 de Monchique. Esta foi selecionada, por se identificar mais, com o local onde se iria realizar a investigação. Relativamente aos pais dos alunos, não foi possível, apesar dos esforços, testar as entrevistas na escola, por exemplo, numa reunião de pais. O teste teve de ser realizado na residência de cada um dos pais. Após este ensaio constatámos que, estavam omitidas certas categorias intermédias, nas respostas fechadas, tais como: “controlador” e “comunica assim assim”. Verificou-se, ainda, a inexistência da referência de “campo” e de “vila” na residência. A deteção de tais aspetos bloqueadores contribuiu para a reformulação e adaptação da estrutura e da forma dos questionários e das entrevistas, alterando a conceção dos itens em que surgiram dúvidas.

2.7 Procedimento

Para a aplicação dos questionários e das entrevistas formulámos, por escrito, um pedido de autorização aos presidentes dos Conselhos Executivos das quatro escolas (um para a testagem e três destinados à recolha dos dados). Obtivemos, então, quatro autorizações escritas. O facto de serem por escrito tornou-as, ainda, mais necessárias, sobretudo, para a realização das entrevistas, como forma de identificação do entrevistador, que se fez sempre acompanhar destes documentos e do Bilhete de Identidade. Fez-se uma marcação prévia com os Conselhos Executivos e com os professores das escolas, para a seleção da amostra e aplicação dos questionários. Para tal efeito colocou-se, inicialmente, uma questão aos alunos, presentes em cada turma do 3º Ciclo do Ensino Básico, por forma a identificar os jovens que coabitam com os respetivos pais e avós ou que, vivendo com os pais, conviviam frequentemente com os avós. Seguidamente, obtivemos o consentimento e a colaboração dos alunos.

Tanto os questionários como as entrevistas foram realizadas pela mesma pessoa, circunstância que terá facilitado a uniformidade da colheita dos dados e a interpretação da informação, garantindo a objetividade. Para além das respostas, anotámos, ainda, a reação do entrevistado.

As entrevistas foram realizadas em casa dos inquiridos, pelo que o entrevistador teve que apresentar um aspeto bem disposto, acolhedor e demonstrar uma atitude neutra em relação às perguntas e às respostas, tentando evitar comentários ou gestos – de espanto, de agrado ou desagrado, uma vez que o tipo de estudo, em causa, é de carácter muito subjetivo e do foro íntimo. Quase todas as entrevistas foram precedidas por uma breve conversa sobre qualquer tema, normalmente escolhido pelo inquirido e do seu agrado, procurando colocá-lo mais à vontade e manifestar, da parte do entrevistador, compreensão, consideração e afabilidade. No entanto, certos entrevistados apresentaram, no início, reações defensivas e pouco aprazíveis.

A generalidade das entrevistas teve a duração aproximada de 1h.30. O trabalho de campo foi realizado no período de junho de 2001 a fevereiro de 2002, onde os alunos foram questionados nas escolas e os pais e avós visitados e entrevistados nas respetivas residências. A pesquisa foi de longa

duração, assim como a procura, consulta e aperfeiçoamento da informação, de forma a incluir, no trabalho, determinados dados relevantes que fossem surgindo.

2.8 Análise dos Dados

Após a recolha das informações, por meio dos questionários e das entrevistas, efetuámos o seu tratamento estatístico usando os programas informáticos Excell, EpiInfo 5, Primer e Microstat. Os testes estatísticos utilizados foram: teste t e o teste qui-quadrado. Nalgumas questões, calculámos o teste qui-quadrado, utilizando as seguintes fórmulas:

Fórmula do qui-quadrado, com a correção de Yates incorporada:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E-0,5)^2}{E}$$

Fórmula do qui-quadrado:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

em que,

E - frequências esperadas;

O - frequências observadas;

Σ - somatório de.

Procedemos à estatística descritiva (medidas de tendência central, medidas de dispersão) para a caracterização da informação da amostra.

O nível de significância utilizado nas análises estatísticas foi de $p < 0.05$. Salientamos, ainda, que perante a grande dispersão de dados pelas células, só houve possibilidade, em alguns casos, de verificar a significância associando variáveis. Deste modo, sem testes estatísticos aplicados a alguns dados, não foi possível tirar ilações especiais.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Discriminámos os aspetos, específicos, mais importantes de cada região e de cada escola (locais onde foi efetuado o estudo), uma vez que o tipo de região influencia os modos de vida, costumes e maneiras de pensar, podendo ser, por isso, um fator determinante nos resultados. Deste modo, fez-se uma caracterização física, geográfica, administrativa, demográfica de Silves, da Mexilhoeira Grande e de Vilar Formoso.

3.1 Resultados Correspondentes à Caracterização da Amostra

3.1.1 Alunos

O número de alunos inquiridos do distrito de Faro foi setenta e um (55 % do sexo masculino e 45% do sexo feminino) e do distrito da Guarda foi cinquenta e quatro (44% do sexo masculino e 56% do sexo feminino), num total de cento e vinte e cinco alunos (50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino). A média das idades dos alunos das duas zonas é de catorze anos, o que os situa no início da adolescência; embora este critério de definição não dependa só da idade e sim de muitos outros aspetos. No que diz respeito ao sexo dos questionados, regista-se uma superioridade do masculino

no Algarve e do feminino em Vilar Formoso., embora na totalidade do grupo não se verifique a predominância de um só sexo. Relativamente, ao ano de escolaridade, os alunos encontram-se repartidos desde o sétimo ano até ao nono (terceiro ciclo, do Ensino Básico), sendo o maior número de alunos do sétimo e oitavo anos. Quanto à residência pudemos constatar que, embora a maioria dos(as) jovens de Vilar Formoso resida em vilas os do Algarve, no campo, a maior parte dos alunos das duas zonas habita, sobretudo, em vilas, conferindo uma certa homogeneidade à amostra. Estes resultados parecem mostrar que, na realidade, a maioria da população das duas zonas pertence ao meio rural, o que pode ser evidenciado pelas características que cada região oferece e à qual pertencem as escolas. Estabelecemos categorias para as profissões dos pais, referidas pelos alunos. Deste modo, a profissão dos pais mais referida, pela maior parte dos alunos de todos os anos de escolaridade, das duas regiões, pertence à Categoria A - Operário especializado; motorista; trabalhador rural/agricultor; cantoneiro; cozinheiro. Relativamente à profissão das mães, a mais mencionada, pela maioria dos alunos do oitavo e nono ano, das duas regiões, e do sétimo, do Algarve, pertence à Categoria C - doméstica; ama. Estas profissões realçam, mais uma vez, as características do meio rural, onde as mulheres se ocupam, essencialmente, dos trabalhos domésticos.

3.1.2 Pais e Avós

Apurámos quem respondeu e parece, então, que nas duas zonas, as mães estavam mais disponíveis à entrevista, do que os pais. Este facto poderá estar relacionado com a profissão/atividade das mães e das avós – doméstica ou ama, passando mais tempo em casa, do que os pais. Igualmente, as avós responderam em maior número do que os avôs, dada a sua condição de viúvas – estado civil. De uma maneira geral, obtivemos uma reação razoável, por parte dos pais e dos avós. A maioria das mães apresentou uma reação boa. Parece compreensível este tipo de reação dado o caráter da investigação, assim, esforçámo-nos em abordar as pessoas, com subtilidade. Neste estudo, a maioria dos pais, do Algarve (Silves e M.G.) tem 35 anos, as mães 42, os avôs 79 e as avós têm, com igual percentagem, 78 e 84 anos. A grande parte dos pais do Algarve é mais nova relativamente à dos de Vilar Formoso. Em contrapartida, as mães e os avós, desta zona, apresentam uma faixa etária mais baixa. A maioria dos pais do Algarve referiu ser motorista/ camionista/ taxista e a maior parte das mães e das avós citou ser doméstica/ trabalhos domésticos/ empregada de lar de terceira idade. A grande parte dos pais, de Vilar Formoso, mencionou ter a profissão de empregado do comércio/ hotelaria/comerciante, a maior parte das mães e das avós indicou ser doméstica/ trabalhos domésticos/ empregada de lar de terceira idade, enquanto que a maioria dos avôs referiu ser trabalhador rural/ agricultor. Parece-nos oportuno concluir que, perante as condições que cada região oferece e partilhadas as vivências e costumes das duas regiões, surgem, em maior número, as profissões respeitantes e relacionadas, com tais condições e vivências. Foi depois investigado o estado civil dos pais/avós, tendo sido agrupados em casados, divorciados, solteiros e viúvos. Neste último grupo, foi possível identificar qual dos conjugues se encontrava viúvo. De um modo geral, a grande parte dos pais e das mães encontra-se casada. A maior parte dos avôs está casada e outra parte, viúva. As avós estão, na sua maioria, viúvas. Salienta-se que a grande parte dos pais e das mães do Algarve apresenta uma escolaridade baixa, relativamente, aos de Vilar Formoso. Os avós das duas regiões revelam ter um baixo nível de escolaridade.

3.2 Resultados Correspondentes aos Objetivos

Neste estudo, preocupámo-nos em analisar opiniões/visões e conhecimentos de três gerações (filhos adolescentes, pais e avós) face à sexualidade.

O primeiro objetivo deste trabalho foi identificar a visão da sexualidade nas diferentes gerações estudadas

Assim, junto das três gerações verificámos que:

Existem, ainda, situações em que a pertença a um ou a outro sexo envolve normas de conduta e oportunidades desiguais, principalmente no que se refere à escolha e aquisição de profissões;

A maior parte das gerações, das duas zonas, com exceção das raparigas e dos seus avós, acha que controla a vida dos seus filhos/netos e filhas/netas; os jovens são controlados, essencialmente, nos estudos, na alimentação, na escolha dos amigos e nos horários de entrada em casa, o que demonstra as preocupações dos pais, face aos novos problemas, aspirações e objetivos dos adolescentes;

Todas as gerações, das duas zonas, manifestaram ter, às vezes, opiniões diferentes sobre saídas, amigos, escola, comportamentos e gostos, que não interferem no relacionamento entre pais/filhos e entre avós/netos.

Junto dos jovens, notámos que:

Atribuem valor ao aspeto físico, principalmente os(as) jovens do Algarve e os rapazes de Vilar Formoso;

Ao iniciarem um namoro, desejam encontrar alguém de quem gostem, cuja maneira de ser, preencha os seus ideais;

Quando namoram solicitam ajuda, algumas vezes, principalmente aos outros adolescentes, depois aos pais e em último lugar aos professores, namorados e avós;

O relacionamento sexual tem alguma importância numa relação amorosa (resposta mais referida pelas raparigas). Os rapazes do Algarve dão privilégio à relação sexual e as raparigas das duas regiões dão –lhe, apenas, alguma importância.

É difícil confundir amor com amizade (resposta mais citada pelas jovens), embora demonstrem incertezas, quanto ao tipo de sentimento, em algumas ocasiões.

Os pais e avós, acham que:

Houve uma certa evolução nos conhecimentos dos adolescentes, sobre sexualidade; Os jovens devem ter uma idade avançada, para que possam tomar conhecimento de certos aspetos da sexualidade (como se pode constatar na análise dos gráficos) principalmente no que se refere ao “amor entre um homem e uma mulher”; à “homossexualidade” e à “idade em que podem ter relações sexuais”.

Gráfico I - Idades (média) em que os jovens devem saber como se fazem os bebés - Algarve

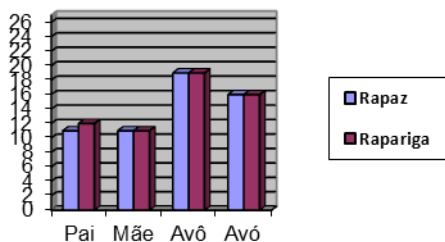


Gráfico II - Idades (média) em que os jovens devem saber como se fazem os bebés - V. Formoso

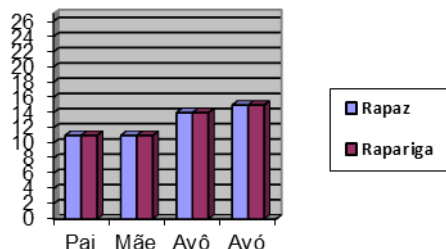


Gráfico III - Idades(média) em que os jovens devem saber o que é o amor entre um homem e uma mulher - Algarve

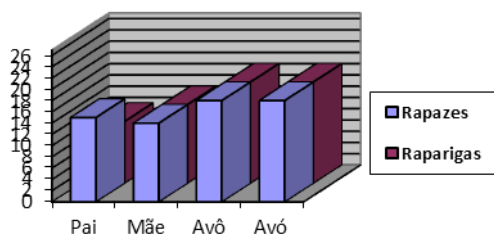


Gráfico IV - Idades(média) em que os jovens devem saber o que é o amor entre um homem e uma mulher - V. Formoso

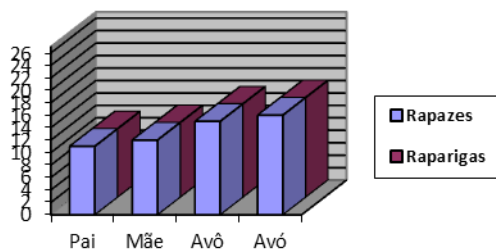


Gráfico V - Idades (média) em que os jovens devem saber o que é a homossexualidade - Algarve

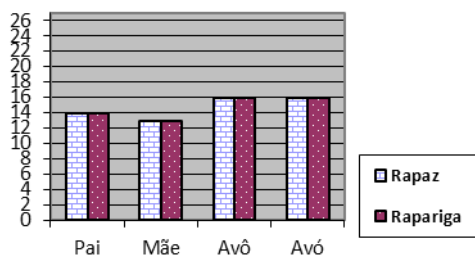


Gráfico VI - Idades (média) em que os jovens devem saber o que é a homossexualidade - v. Formoso

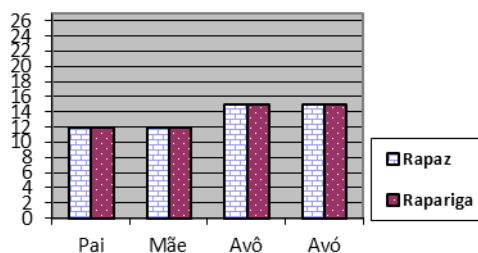


**Gráfico VIII - Idades (média)
em que os jovens devem
saber o que são D.S.T. - v.
Formoso**

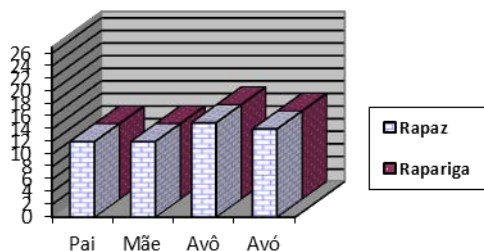
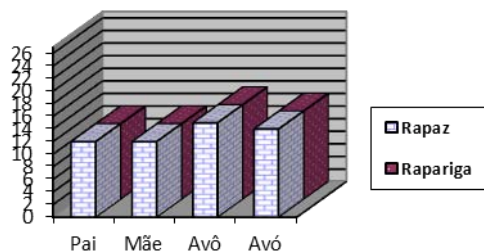


**Gráfico VIII - Idades (média)
em que os jovens devem
saber o que são D.S.T. - v.
Formoso**



Uma minoria de pais e avós demonstrou que os conhecimentos devem ser adquiridos progressivamente. Alguns avós veem o sexo como algo que só diz respeito ao casamento e acham que nunca se deve saber o que é a homossexualidade.

Os homens ajudam mais nas tarefas domésticas, as mulheres estão mais independentes e os filhos têm mais liberdade nos seus atos e mais acesso à escolaridade. Quanto à sexualidade, só alguns avós é que se pronunciaram, afirmando que antigamente não se tocava nesse assunto e que agora os homens e mulheres possuem mais informação; os(as) jovens namoram mais; as mulheres são menos recatadas e os homens mais atrevidos.

Foi, também nosso objetivo identificar o conceito de sexualidade nas três diferentes gerações estudadas, e confirmámos que:

A generalidade das gerações possui um conceito pouco adequado; os avós apresentam-se como os que revelam maior dificuldade em defini-la; Os rapazes apresentam uma noção reducionista, valorizando apenas um dos seus aspetos: relações sexuais.

Tivemos, ainda como objetivo verificar se os pais e avós comunicam com os filhos/netos e que assuntos abordam, tendo sido concluído que:

Parece existir, uma comunicação entre todas as gerações, das duas zonas, sobretudo entre alunos(as), mães e avós, com principal incidência em V. Formoso e que todos revelaram ter um maior diálogo, em torno das tarefas escolares; os assuntos relacionados com a sexualidade são abordados, poucas vezes. Contudo, as mães e as avós aparecem, como as que mais dialogam, com os(as) filhos(as), sobre esses temas, principalmente as da região do Algarve; as raparigas falam, com mais facilidade, sobre sexualidade, só com os pais e os rapazes com os pais e avós;

Para certos pais e avós, os adolescentes ainda não manifestam interesse por sexualidade, porque são novos e infantis e não devem pensar nisso; outros acham que os adolescentes têm interesse pela sexualidade, porque possuem idade para isso, já namoram, gostam de se arranjar e interessam-se pelas modificações do corpo.

Tínhamos como, último, objetivo verificar a opinião respeitante à Educação Sexual nas escolas pelos alunos, pais e avós e pareceu-nos que:

Mais de metade das três gerações, das duas zonas, concorda com uma Educação Sexual nas escolas, que contribua para uma melhor informação e esclarecimentos sobre sexualidade; alguns inquiridos,

sobretudo os avós, contestam essa educação, por acharem que a escola não é local próprio para ministrar o ensino sobre sexualidade e que esta só se deve aprender com o tempo; o modelo de funcionamento proposto pela maioria das gerações demonstra uma Educação Sexual virada, exclusivamente, para a transmissão de informação.

4. CONCLUSÃO

Sendo a sexualidade um processo gradual e contínuo, ao longo da vida, achamos que o trabalho conjunto, a congruência de saberes e a potenciação de meios poderão contribuir para que essa vivência resulte de forma positiva e gratificante. Por isso, é importante a realização de um programa de intervenção na área da saúde sexual (Educação Sexual).

A família, também, merece uma atenção prioritária neste programa, pois representa uma importante fonte de apoio afetivo e moral do indivíduo, cujas normas de conduta, informações e forma de convívio constituem importantes marcos de aprendizagem no campo da sexualidade. Pensamos, ainda, que devem ser criadas as condições indispensáveis ao desempenho das capacidades e responsabilidades da família, nos processos de desenvolvimento, relacional, social e cultural do indivíduo.

Não podemos esquecer que as famílias estão “no epicentro do progresso do desenvolvimento económico e social para a construção de uma sociedade profundamente humana” (Ribeiro, 1995).

Assim, a elaboração desta proposta tem como finalidade auxiliar os profissionais na escola, incluindo a Associação de Pais, e nos Serviços Sociais de modo a implicarem-se de forma ativa e motivada na promoção da saúde sexual dos adolescentes. Essa mesma proposta tem por base determinados aspetos/pressupostos importantes e evidenciados no nosso estudo:

A maioria da nossa amostra demonstrou dificuldades de comunicação inerentes às questões de sexualidade;

Notámos que a grande parte das gerações possui um tipo de conceito e de definição de sexualidade pouco adequado, talvez pelas influências, que provêm não só da família, mas, sobretudo, do grupo de amigos ou pares;

Encontrámos definições de sexualidade pouco adequadas e de carácter redutor, principalmente, referenciado pelos rapazes e, também, por alguns pais;

Constatámos, ainda, que o conjunto de valores culturais associados a uma região poderá estar na base de diferentes atitudes e opiniões, face à sexualidade;

Entendemos que o facto da grande parte das gerações concordar com uma Educação Sexual, nas escolas, poderá ser um fator que possibilitará a atuação, ao nível da escola;

Por outro lado, os adolescentes estudados manifestam um bom relacionamento e uma certa comunicação com os seus pais e avós, com baixos índices de conflito, o que poderá criar condições para que se possa colmatar o fraco diálogo, em torno da sexualidade;

Sabendo que a família é a primeira fonte de informação e influência na construção da personalidade, dos valores, atitudes e comportamentos dos jovens, concluímos que a melhor preparação para o desenvolvimento da sexualidade do adolescente é a que deverá englobar o diálogo com os pais.

Perante as advertências acima descritas, consideramos que a Educação Sexual na escola deverá contemplar programas delineados para os adolescentes e para os seus pais. Será benéfico, porque, os pais serão sempre modelos de referência para os filhos no que concerne aos valores socioculturais, inerentes aos comportamentos sexuais.

Nesse aspeto, torna-se importante o papel das escolas, que devem ser capazes de promover “estilos de vida saudáveis por parte de toda a comunidade escolar através do desenvolvimento de um ambiente de suporte” a fim de proporcionar ambientes escolares seguros e favorecedores da Saúde (OMS, CE e CCE, 1995). É necessário educar para a sexualidade, promovendo a sua saúde.

Assim, tendo presente as dimensões, curricular, psicosocial, ecológica, comunitária e organizacional, que caracterizam uma escola promotora de Saúde (Navarro, 1995) e o tipo de amostra estudada (adolescentes e familiares), pensamos que a escola deverá ter uma parceria com os Serviços de Ação Social. A intervenção destes serviços é importante, na medida em que ajudará a ultrapassar algumas limitações: jovens que, por variados motivos, deixaram de frequentar a escola e algumas famílias, cuja difícil situação sócioeconómica (presenciada durante a realização das entrevistas), dificulta a sua participação no programa da escola. Os serviços sociais podem, ainda, possibilitar uma intervenção, mais direta, junto dos familiares dos adolescentes.

Os assistentes sociais deverão adquirir competências, que lhes permitam entender e lidar com a sexualidade dos jovens. Devem conhecer as necessidades, particularidades e condições reais dessa população – famílias e alargar a elas as medidas de promoção da saúde sexual.

Deste modo, os meios de intervenção da Segurança Social abrangem várias atividades, que compreendem o aconselhamento individual ou de grupo, preparando o acesso a serviços diários ou residenciais, apoiando pessoas nas suas casas. Assim, os assistentes sociais podem estar envolvidos em situações e funções diversas e são, frequentemente, chamados quando os indivíduos entram em crise pessoal ou relacional. É, também, tarefa do assistente social criar respostas experimentais para fazer face a velhas e novas necessidades sociais e respetivos comportamentos a elas associados (Cooper, 1995).

Ainda, segundo a mesma autora, o surgimento de novos tipos de família, em que se estabelece o emprego feminino fora de casa, em que prevalecem os pais solteiros e a existência, pela primeira vez na história, de famílias de quatro gerações, tem alterado os papéis e o funcionamento da família. Pelo que o serviço social deve reagir e adaptar-se, com rapidez, a estas crises ou mudanças sociais.

Para Abrantes (1995) um dos novos desafios propostos aos Assistentes sociais portugueses é trabalhar, cada vez mais, em parceria.

No decurso do que Abrantes defende, acreditamos, mais uma vez, que a mudança de atitudes e de comportamentos, face à sexualidade, poderá ser uma caminhada conjunta entre a escola, serviços sociais e associações de pais.

As associações de pais têm demonstrado, ao longo dos anos, interesse em participar e desenvolver atividades, junto de um estabelecimento de qualquer nível, ou grau de ensino, particular ou oficial, de forma a procurar a defesa dos interesses dos nossos jovens, na medida em que os pais, primeiros e principais responsáveis pela educação dos filhos, estão preocupados com a sua formação integral. Os pais devem ser, cada vez mais, informados e esclarecidos para, sem tabús e de uma forma clara, poderem dialogar e ajudar os jovens (Pereira, 1995).

Não esquecendo as duas zonas diferentes em que o estudo incidiu, também, achamos interessante e útil a possibilidade de um intercâmbio entre o Algarve e a Beira Alta (interior), na medida em, que possibilitará aos jovens a partilha de novos valores, costumes e o contacto com diferentes vivências e hábitos familiares. Desta forma, a operacionalização da nossa proposta deverá ser, ainda, alargada e articulada aos serviços munícipes.

Neste programa de intervenção, na área da saúde sexual, tivemos como ponto de partida a detecção dos problemas/necessidades dos adolescentes, a fim de se poderem adequar as estratégias/alternativas, para incrementar estilos de vida saudáveis, atenuando os efeitos condutores de risco.

No nosso trabalho, face às dificuldades encontradas em possuir um conceito - visão adequado de sexualidade, propomos determinados objetivos:

Desenvolver atitudes e comportamentos não discriminatórios, que promova a igualdade de direitos e oportunidades entre os sexos;

Organizar metodologias de intervenção, junto dos adolescentes e famílias;

Conhecer o tipo de intervenção pedagógica, no âmbito da educação sexual, realizada pela escola de pertença dos jovens, de modo a que haja enquadramento e complementaridade nos outros serviços – sociais, municipais e associações;

Promover o papel das famílias na educação sexual dos jovens, através do desenvolvimento de ações específicas de formação, que permitam aos pais a aquisição de conhecimentos e competências, naquele domínio.

Do trabalho com os adolescentes participantes esperamos como resultados:

A Compreensão do que é a sexualidade, a diversidade e a individualidade das suas expressões;

O desenvolvimento de atitudes positivas, face à sexualidade, para tal, devem:

Adotar uma atitude crítica, face aos papéis estereotipados atribuídos social e sexualmente a homens e a mulheres;

Compreender e aceitar os diferentes comportamentos e orientações sexuais;

Entender a complementaridade das dimensões da sexualidade;

Entender as diferentes manifestações da sexualidade, ao longo da vida;

Ser capaz de expressar sentimentos e opiniões, face ao tema – sexualidade e às responsabilidades, direitos e deveres de cada elemento da família;

Entender a relatividade dos estereótipos de beleza dos pontos de vista individual, cultural e histórico;

Desenvolver a capacidade de distinguir o tipo de sentimentos, que podem estar presentes nas diferentes relações humanas;

Ser capaz de expressar os sentimentos e opiniões, de solicitar ajuda e de tomar decisões;

Desenvolver uma atitude de conforto e de aceitação do seu corpo;

Adotar comportamentos informados e responsáveis, relativamente, à Educação Sexual/ na escola.

Do trabalho com os familiares participantes esperamos como resultados a:

Evolução para uma definição e conceito positivo de sexualidade, para tal, devem:

Aceitar que os papéis desempenhados pelas pessoas, não devem ser determinados pelo sexo a que pertencem;

Desenvolver a compreensão e aceitação dos diferentes comportamentos e orientações sexuais.

Desenvolver comportamentos sexuais informados e responsáveis, conducentes à educação sexual dos filhos.

Aferir sobre quando/como e onde os filhos devem ter conhecimento sobre sexualidade;

Entender a importância do diálogo com os filhos, sobre sexualidade;

Reconhecer a importância da partilha de sentimentos e de opiniões;

Entender as diferentes manifestações da sexualidade, ao longo da vida;

Promover atitudes positivas, face à sexualidade;

Entender a complementaridade das dimensões da sexualidade, que varia ao longo da vida e de pessoa para pessoa;

Aceitar nos outros diferentes sentimentos, opiniões e decisões;

Adotar comportamentos informados e responsáveis, relativamente à Educação Sexual na escola.

Do trabalho com os agentes de educação, de associação de pais e de ação social participantes esperamos como resultados:

Capacitar os jovens e seus familiares para uma evolução, definição e conceito positivos de sexualidade; para tal, devem:

Propor medidas propiciadoras da não discriminação das diferentes orientações sexuais;

Propor medidas propiciadoras da não discriminação e da igualdade entre os sexos;

Desenvolver a capacidade de análise das relações familiares;

Propor medidas propiciadoras da comunicação sobre sexualidade, entre pais e filhos;

Propor medidas propiciadoras do bem estar familiar;

Treinar a aptidão de solicitar ajuda;

Potenciar a capacidade de decisão;

Desenvolver nos jovens, a capacidade de expressar sentimentos e de lidar com o seu corpo;

Limitar a importância do aspeto exterior, numa relação amorosa;

Facilitar uma atitude de conforto e de aceitação do seu corpo;

Promover atitudes positivas, face à sexualidade;

Clarificar ideias erróneas, acerca da sexualidade;

Analisar as repercussões na estrutura familiar de algumas situações, associadas a conflitos.

Como últimas ilações, achamos que a metodologia a ser aplicada, deve ter como fundo de referência, os objetivos que se pretendem atingir, procurando preencher as lacunas e ultrapassar os obstáculos que envolvem toda a dinâmica da sexualidade.

As técnicas de educação sexual devem ser ativas e participativas, em que os jovens e os seus familiares sejam capazes de encontrar e construir soluções, ao analisarem, debaterem e refletirem situações. Devem ser ajudados a fazer uma introspeção, sobre o seu papel, como interventor na condução da sua sexualidade e da dos outros. Assim, devem desenvolver competências de decisão pessoal sobre comportamentos, com base nos valores e atitudes específicas, relativamente, à sexualidade. O professor/profissional será um mero agente mediador e facilitador desse processo de autoaprendizagem.

Temos a esperança de que algum dia a sexualidade possa ser encarada como um valor positivo, como um dom. Enquanto tal não ocorre, parece-nos ser dever de todos contribuir, de alguma maneira, para que se cultive uma visão e uma atitude mais adequadas perante a sexualidade e, principalmente, lutar por uma educação sexual coerente, para que as próximas gerações não sofram as mesmas dificuldades e problemas que atualmente enfrentamos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Abrantes, Teresa. (1995). Serviço Social. Integração Europeia e os novos desafios. *Revista do Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra Inter Acções*, 1, 65 – 72.
- (2) Cooper, Joan. (1995). O futuro do Serviço Social: uma perspectiva pragmática. *Revista do Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra Inter Acções*, 1, 19 – 32.
- (3) Costa, Maria Emília. (1998). *Novos Encontros de Amor. Amizade, Amor e Sexualidade na Adolescência*. Porto : Edinter – Edições Internacionais, Lda.

- (4) Jesus, Isabel. (2003). *A Sexualidade Sob o Ponto De Vista De Três Gerações (filhos adolescentes, pais e avós)*. Dissertação de mestrado em Promoção/Educação para a Saúde, UTAD, Vila Real, Portugal.
- (5) Murteira, Bento J. F. (1993). *Análise Exploratória de Dados. Estatística Descritiva*. Editora McGraw – Hill de Portugal, L.da.
- (6) Navarro, Maria Fernanda. (1995). *Educação e Saúde: Modelos de intervenção em saúde na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário* (pp.1 – 12). Lisboa: PPES. (policopiado)
- (7) OMS. CE. CCE. (1995). *A rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- (8) Pereira, José Manuel. (1995). As associações de pais no ano internacional da família. *Revista do Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra Inter Acções*, 1, 125 – 128.
- (9) Prazeres, Vasco. (2002). *Adolescentes, Pais e tudo o mais*. Lisboa: Texto Editora.
- (10) Prazeres, Vasco. (1998). *Saúde dos adolescentes: princípios orientadores*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde
- (11) Ribeiro, Maria Raquel. (1995). O Ano Internacional da Família – Que desafios? *Revista do Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra Inter Acções*, 1, 93 – 94.

ATITUDES DE PAIS E PROFISSIONAIS FACE À SEXUALIDADE DA PESSOA COM TRISSOMIA 21

ATTITUDES OF PARENTS AND PROFESSIONALS TOWARDS SEXUALITY OF PEOPLE WITH TRISOMY 21

Joana Henriques Gil¹ & Carlos Albuquerque²

¹Professora do Ensino Básico -1.º Ciclo. joanahgil1985@gmail.com

²Escola Superior de Saúde de Viseu. cmalbuquerque@gmail.com

RESUMO

Introdução: Nas sociedades atuais a sexualidade contínua envolta por preconceitos, discriminação e tabus, principalmente quando é aliada às pessoas com deficiência mental. Neste contexto, o presente estudo teve como objetivos: conhecer as atitudes dos Pais face à sexualidade dos seus filhos com Trissomia 21; conhecer as atitudes dos profissionais face à sexualidade da pessoa com Trissomia 21; conhecer as diferenças entre os grupos suscetíveis de se formar com a população do estudo e contribuir para a reflexão sobre as atitudes subjacentes à dimensão sexual das pessoas com Trissomia 21. **Método:** realizou-se um estudo transversal, descritivo-correlacional, de natureza quantitativa, no qual participaram 88 sujeitos, 37 pais na faixa etária dos 29 aos 80 anos (M = 51,14) e 51 profissionais na faixa etária dos 20 aos 58 anos (M = 37,86). Para a mensuração das variáveis utilizaram-se os seguintes instrumentos: uma ficha sociodemográfica, uma escala de atitudes para os pais, e a escala SMRAI para avaliação das atitudes dos profissionais. **Resultados:** A análise dos resultados da Escala de Atitudes dos Pais face à Sexualidade dos seus Filhos com Trissomia 21 (EAPS-T21), mostrou que as atitudes dos pais são tendencialmente conservadoras (45,90%), apenas 24,40% mostraram possuir atitudes liberais. Os resultados, não demonstraram a existência de diferenças significativas entre as médias dos valores das variáveis sociodemográficas com as atitudes dos pais face à sexualidade dos seus filhos com Trissomia 21. Os profissionais demonstraram possuir atitudes tendencialmente liberais (74,50%), em relação à sexualidade em geral e face à sexualidade na Deficiência Mental, no entanto encontraram-se diferenças em desfavor das últimas. Nos profissionais, as variáveis que revelaram ter um efeito significativo sobre os fatores / dimensões e nota global da escala foram: local de residência, rendimento mensal; habilitações literárias e instituição onde os profissionais desempenham funções. **Conclusões:** As evidências encontradas neste estudo convidam-nos para a criação e reflexão sobre estratégias que possibilitem a obtenção de um melhor conhecimento que facilite o desenho de programas de intervenção formativos e informativos, visando a promoção da saúde sexual destes sujeitos.

Palavras-chave: Sexualidade; Trissomia 21; Atitudes; Pais; Profissionais

ABSTRACT

Introduction: In contemporary societies sexuality is still surrounded by prejudice, discrimination and taboos, especially when combined with the intellectual disabilities. In this context, the purpose of

this study was to: know the attitudes of parents towards sexuality of their children with Trisomy 21; know the attitudes of professionals towards sexuality of people with Trisomy 21; know the differences between groups could be formed with the study population and contribute to the reflection on the attitudes underlying the sexual dimension of people with Trisomy 21. **Method:** We conducted a cross-sectional descriptive, correlational, quantitative study, in which participated 88 subjects, 37 parents aged 29 to 80 years (M = 51,14) and 51 professionals aged 20 to 58 years (M = 37,86). To measure the variables we used the following instruments: a socio-demographic data sheet, an attitude scale for parents and SMRAI scale to assess the attitudes of professionals. **Results:** The results of the Scale of Parental Attitudes towards Sexuality of their Children with Trisomy 21 (SPAS-T21) showed that the attitudes of parents tend to be conservative (45,90%), only 24,40% showed that have liberal attitudes. The results didn't demonstrate significant differences between mean values of socio-demographic variables with the parental attitudes, towards sexuality of their children with Trisomy 21. Professionals tend to showed liberal attitudes (74,50%), in relation to sexuality in general and towards sexuality in Intellectual Disabilities, however we found differences in disfavor of the latter. In professionals, the variables that showed a significant effect on factors / dimensions and global score of the scale were: residence, monthly income, qualifications and institution where the professionals play functions. **Conclusions:** The evidence found in this study invite us to create and reflect on strategies to achieve a better knowledge to facilitate the design of intervention programs and training information aiming at promoting sexual health of these subjects.

Key Words: Sexuality; Trisomy 21; Attitudes; Parents, Professionals

1. INTRODUÇÃO

Na nossa cultura a temática da sexualidade vem acompanhada de preconceitos e discriminação. Quando o tema passa a ser sexualidade e deficiência mental, a ignorância, o preconceito e a discriminação são ainda mais intensificados e geram polêmica, relativamente às diferentes formas de abordá-lo, tanto com os próprios adolescentes, quanto com as suas famílias e a escola. A sexualidade dos deficientes mentais é socialmente constituída como um “problema” para os membros da sociedade e do meio onde se inserem, sendo a sua atividade sexual considerada como um fantasma para as suas famílias e profissionais com que eles lidam. Deste modo, as atitudes sociais moldadas pelo preconceito e, também, pela ignorância trazem consigo, todo um conjunto de comportamentos que negam os direitos mais elementares de cada indivíduo, portador ou não de Trissomia 21. Estes direitos dizem respeito à sua qualidade de vida, com predominância no domínio sexual e afetivo. Deste modo, “todos os deficientes têm direito a uma vida plena. Eles partilham dos mesmos sentimentos e esperanças, fantasias e medos, dúvidas e ansiedades, como o resto das pessoas” (Gomes, A. cit. in Félix, 1995, p. 27). No entanto, é importante relembrar que a sexualidade é uma função natural, existente em todos os indivíduos, incluindo os deficientes mentais, e que, por este motivo, não faz sentido dissociar a sexualidade das pessoas portadoras de Trissomia 21.

A Trissomia 21 ou síndrome de Down é um distúrbio genético descrito pela primeira vez na Grã-Bretanha, no século XIX (1866), pelo médico inglês John Langdon Down, que a apelidou de Mongolismo, pelo seu aspeto semelhante à população da Mongólia, olhos amendoados. Somente na segunda metade do século XX, com a evolução científica, é que Lejeune e colaboradores (Paris, 1959) descobrem que o Mongolismo resulta da presença extra de um cromossoma 21. Esta é considerada uma das aberrações cromossômicas mais comuns, começa a desenvolver-se ainda no

útero materno e caracteriza-se por apresentar um grau variável de atraso no desenvolvimento motor e mental. Os indivíduos portadores de Trissomia 21, em vez dos habituais 46 cromossomas por célula, agrupados em 23 pares, possuem 47 cromossomas, um a mais no par 21. A partir deste momento, a doença genética passou a ser apelidada de Trissomia 21 (Kozma, 2007). Atualmente, conhecem-se três formas de Trissomia 21: - Trissomia Livre (simples, em 95 % dos casos), em mosaicismo (1% a 2% dos casos) e com translocações (3% a 4% dos casos).

Estima-se que a incidência de Trissomia 21, sem grandes variações mundiais, é de 1 em cada 700 a 1000 nascimentos, existindo um ligeiro predomínio do sexo masculino sobre o feminino, 56% de rapazes e 44% de raparigas (Amaral, 1995, cit. in Félix, 1995). Segundo Palha (2005, cit. in Troncoso & Cerro, 2005) em Portugal estima-se, embora não existam dados fidedignos para a natalidade atual, o nascimento de 100 a 120 crianças com Trissomia 21 por ano. No nosso país, haverá entre 12 000 a 15 000 pessoas afetadas por esta doença. Deste modo, e numa perspetiva centrada na análise de necessidades subjacentes a estes indivíduos, quando se fala acerca de sexualidade na Trissomia 21, o primeiro impulso é pensar que eles são também sexualmente deficientes. O desenvolvimento orgânico-sexual é lento e incompleto, mas acontece em 2/3 dos casos. Os restantes apresentam atrofia sexual e ausência dos caracteres sexuais secundários.

Partindo deste referencial, reconhece-se a importância que os pais e os profissionais, todos eles parte integrante da nossa sociedade, têm na educação e formação das crianças e jovens com Trissomia 21. Cada família comporta consigo padrões morais, que vão guiar toda a educação e atitudes face à sexualidade do jovem com Trissomia 21. As atitudes, predisposições para avaliar favorável ou desfavoravelmente os objetos, desempenham um papel fundamental na vida de cada ser humano e na forma como cada um se relaciona com os objetos de ordem social (Vala & Monteiro, 2004). O conceito de atitudes provém do latim e resulta da junção de dois termos, *actus* que significa ato ou ação, e *aptitudo*, que significa aptidão. López e Fuertes (1990) defendem a existência de dois pólos de atitudes pessoais face à sexualidade: “atitude conservadora” e “atitude liberal”. A “atitude conservadora” assenta no pressuposto de que a sexualidade apenas tem uma finalidade: reprodutiva. Os indivíduos que compartilham desta atitude mantêm opiniões muito contraditórias em relação a uma série de assuntos polémicos, nomeadamente o divórcio, a homossexualidade, relações pré-conjugais, masturbação, aborto, uso de contraceptivos, direito à sexualidade dos deficientes, entre outros. Por outro lado, a “atitude liberal” caracteriza-se por uma visão que não se circunscreve somente ao reducionismo da reprodução, incluindo, também, outras vertentes da sexualidade: o prazer, a comunicação, a afetividade. Os sujeitos que defendem estas atitudes mostram-se partidários de uma maior liberalização das leis e costumes sociais, defendendo a necessidade de estudos sobre a sexualidade e educação sexual que ajudem as crianças, os jovens e os adultos a superar a ignorância e os tornem mais livres. Após uma reflexão sobre os padrões de atitudes que condicionam a nossa forma de pensar, agir e sentir, pode-se, ainda, acrescentar que, do ponto de vista da sexualidade, se pode falar em “duas tipologias básicas que definem a forma de sentir, pensar e viver a sexualidade” (Lopez & Fuertes, 1999, p. 35).

Partindo deste pressuposto, e, embora, as sociedades democráticas tenham ultrapassado a atitude de negação, interdição e proibição face à sexualidade, e exista um vasto leque de informação acerca das pessoas deficientes mentais, incluindo a Trissomia 21, estamos longe de um verdadeiro reconhecimento da sexualidade como um campo de estudo, uma dimensão humana, de uma atitude verdadeiramente liberal.

Atualmente, o tema da sexualidade na deficiência mental ainda é entendido através de uma série de crenças, ideias feitas, estereotipadas, que nem sempre correspondem à realidade (Lopez & Fuertes,

1999). Algumas dessas crenças associadas à deficiência mental e sexualidade são: crença 1 – jovens com deficiência não são sexualmente ativos; crença 2 - as aspirações sociais e sexuais de pessoas com deficiência são diferentes dos seus pares, apesar do isolamento social a que muitos deficientes são votados, estudos demonstram que estes jovens gostariam de ter relações sexuais, de casar e de ter filhos; crença 3 - problemas quanto à expressão sexual do deficiente ocorrem em função de sua deficiência, a conduta sexual é aprendida, formada e reforçada por fatores ambientais. Os ambientes integrados oferecem maiores probabilidades de reforçar condutas integradas; crença 4 - pais de adolescentes com deficiência proporcionam suficiente educação sexual para os seus filhos, uma das consequências do isolamento social, para estes jovens, é que eles recebem menos informações sobre sexualidade, reprodução, contraceção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e, por fim, crença 5 - jovens com deficiências são sexualmente vulneráveis a assédios sexuais, esta preocupação parece ter fundamento. Os indivíduos com Trissomia 21 continuam a enfrentar inúmeras dificuldades em diversas áreas, nomeadamente, a nível social, e a ser alvo de marginalização e exclusão social (Albuquerque, 2007).

Félix, (2003), citando Kempton (1980), refere ainda que as atitudes face à sexualidade das pessoas com Deficiência Mental, podem ser divididas por três categorias: 1.- Atitude que considera as pessoas portadoras de deficiência mental como eternas crianças. Esta atitude de cariz paternalista, considera a sexualidade nas pessoas portadoras de deficiência como inexistente, se existir há que negá-la; 2.- A segunda atitude considera-as como seres humanos inacabados ou grosseiros. Os deficientes são considerados “engendros infra-humanos”, com os instintos mais próximos dos animais. Quando há a ocorrência de comportamentos sexuais as reações são, na generalidade, de medo e repulsa; 3. – Para finalizar, a terceira atitude, considera as pessoas deficientes mentais como pessoas em desenvolvimento. Neste grupo, os comportamentos sexuais das minorias são valorizados e considerados próprios de uma pessoa em desenvolvimento. Segundo Kempton (1980 cit. in Félix, 2003) juntar Deficiência Mental e Sexualidade, faz emergir um conjunto de atitudes, por parte da sociedade e, principalmente, por parte dos pais e profissionais, que continuam a favorecer muito mais a repressão da sexualidade nas pessoas portadoras de Deficiência Mental.

Estas atitudes estão presentes na maioria dos estudos nacionais e internacionais.

Num estudo levado a cabo por Castelão et al. (2003), que reuniu uma amostra de 809 pessoas, 461 pais e 348 profissionais, onde aplicaram um questionário aos dois grupos, para saberem a perceção dos pais e profissionais sobre a sexualidade na Trissomia 21. Os resultados do estudo mostram que os pais tratam os filhos num padrão mais infantil de comportamento, pois temem assumir as consequências de um relacionamento sexual que pode resultar numa gravidez com risco de reincidência da síndrome. Os profissionais, por outro lado, sentem-se despreparados para orientar sexualmente a pessoa com Trissomia 21 e em harmonizar as atitudes dos pais aos desejos sexuais dos filhos. Evidenciam, ainda, uma atitude mais liberal no que diz respeito ao casamento e à paternidade/maternidade.

O estudo realizado por Francês (cit in Pan, 2003), sobre as atitudes face à sexualidade de pessoas com deficiência, corrobora os resultados do estudo anterior. O autor refere que 10% das Famílias têm uma atitude aberta em relação ao tema, 50% mantêm atitudes mais fechadas, sendo para elas um tema tabu, do qual não se deve falar e 40% da amostra apresenta uma atitude passiva. Os pais “deslumbrados” com as possíveis consequências negativas que os comportamentos sexuais possam provocar, passando a estratégia por solicitar aos Profissionais que trabalham com os seus filhos que evitem e/ou vigiem qualquer tipo de manifestação sexual por parte do deficiente.

Outras preocupações evidenciadas pelos pais, ao longo dos estudos, dizem sobretudo respeito a: tipo de informação e à forma como deverão informar os seus filhos; à relação que os jovens poderão estabelecer com indivíduos do sexo oposto; ao casamento e à reprodução.

Pese, embora, algumas divergências entre pais e profissionais face à sexualidade da pessoa com Trissomia 21, estes dois grupos compartilham da ideia comum que estas pessoas não têm capacidade para tomar decisões sobre a própria vida, nem procriarem, assim como o facto de eles próprios estarem mal preparados para dialogarem sobre o tema. Deste modo, lidar com os comportamentos sexuais de pessoas com deficiência mental seja na escola, ou fora dela de modo a maximizar as aprendizagens dessas pessoas em relação às interações com outras pessoas exige conhecimento especializado e de boa qualidade. Demonstrar e desmistificar a ideia de que estes jovens são seres assexuados e que, apesar, do seu atraso no desenvolvimento sexual, eles conseguem compreender estes temas. A sexualidade não está dependente da deficiência. Assim, a pessoa com Trissomia 21, tem direito de viver a sua sexualidade de modo gratificante, à semelhança dos indivíduos em geral. Isto só será possível se as pressuposições pessoais forem abandonadas e o respeito pelo outro for suficiente a ponto de permitir que ele viva plenamente como um ser humano.

Tendo por base o contexto anteriormente descrito e no pressuposto dos poucos estudos portugueses, já efetuados no domínio concreto da vivência da sexualidade dos indivíduos com Trissomia 21, fomos levados a expressar a nossa problemática na seguinte questão de investigação: “Como se caracterizam as atitudes dos Pais e Profissionais face à Sexualidade dos jovens com Trissomia 21 e que variáveis as influenciam?”. Tendo presente esta questão, referimos que o nosso estudo persegue quatro grandes objetivos gerais:

- o *primeiro* propõe-se conhecer as atitudes dos pais face à sexualidade dos filhos (as) com Trissomia 21;
- o *segundo* objetivo consiste em conhecer as atitudes dos profissionais (professores, educadores, terapeutas, psicólogos, auxiliares, monitores, entre outros) face à sexualidade dos indivíduos com Trissomia 21;
- o *terceiro* objetivo, visa conhecer as diferenças entre os grupos suscetíveis de se formar com a população do estudo;
- o *último* grande objetivo, visa contribuir para a reflexão sobre as atitudes subjacentes à dimensão sexual das pessoas com Trissomia 21, numa lógica de produção de conhecimento que facilite o desenho de programas de intervenção formativos e informativos, visando a promoção da saúde sexual destes sujeitos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Partindo do pressuposto que a seleção do instrumental metodológico se deve adequar ao problema a ser estudado, à natureza dos fenómenos, ao objeto da pesquisa, aos objetivos delineados e, ainda, à equipa humana e outros elementos que possam surgir no campo da investigação (Lakatos & Marconi, 1996; Pereira & Poupá, 2004; Hill & Hill, 2005), este capítulo terá como finalidade descrever, de forma sucinta, o planeamento metodológico necessário à pesquisa.

No que diz respeito à conceptualização do estudo, realizou-se um estudo transversal de natureza quantitativa e procedemos a uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um estudo não experimental (Pedhazur & Schmelkin, 1991, p.211), também designado por estudo pós-facto (Kiess & Bloomquist, 1985, p.61), estudo de observação passiva (Cook & Campbell, 1979, p.296) ou estudo correlacional e de observação (Gil, 1995), dado que no estudo não há manipulação de variáveis independentes e com ele se pretende efetuar a descrição das características da amostra, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis.

No que diz respeito às variáveis, considerámos as atitudes face à sexualidade como a nossa variável dependente e as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e rendimento mensal) como as variáveis independentes.

Para a amostra de pais também considerámos como variáveis independentes o número de filhos, o número de filhos com Trissomia 21, a ordem do deficiente na fratria e integração do deficiente em instituição. No grupo dos profissionais acrescentámos, para além das variáveis sociodemográficas, a instituição onde os profissionais exercem funções, o nível de formação, os anos de atividade profissional, os anos de serviço na instituição e a existência de familiares com Trissomia 21.

Considerámos, ainda, a variável religião, para pais e profissionais, por se pensar que poderia constituir-se um fator importante e tivesse algum tipo de influência nas atitudes face à sexualidade.

Neste seguimento, a amostra de participantes que seleccionámos para o estudo, obedeceu a critérios de um tipo de amostragem não probabilística, intencional e por conveniência, foram constituídas por 37 pais (7 do sexo masculino e 30 do sexo feminino) de jovens com Trissomia 21 e 51 profissionais (8 do sexo masculino e 43 do sexo feminino), na sua maioria pertencentes ao distrito de Leiria, à exceção de alguns pais, uma vez que devido a algumas dificuldades que se foram evidenciando, subjacentes ao diminuto número de instrumento de colheita de dados, houve a necessidade de contactar outra instituição, concretamente o Grupo de Pais da Associação Portuguesa de Portadores de Trissomia 21 (APPT 21) de Lisboa.

2.1 Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados foi processada com recurso a dois questionários de autopreenchimento, um para pais e outro para profissionais, com o objetivo de mensurar as suas atitudes face à sexualidade dos indivíduos com Trissomia 21. Ambos os questionários se iniciaram com uma pequena contextualização do estudo, suas finalidades e objetivos. Para além de algumas sugestões importantes para o procedimento de resposta, eram salientados aspetos como o anonimato e a confidencialidade dos dados.

O questionário aplicado aos pais foi constituído por duas secções (secção A, referente aos dados sociodemográficos e secção B, com a inclusão da escala de Atitudes dos Pais face a Sexualidade dos seus Filhos com Trissomia 21). Devido à escassez de instrumentos construídos e / ou aferidos para a população com deficiência mental, foi necessário a construção da escala de Atitudes para os Pais. A versão final da Escala de Atitudes dos Pais face à Sexualidade dos Filhos com Trissomia 21 (EAPS-T21) ficou constituída com 9 itens. Relativamente ao estudo da consistência interna, a escala revelou ser um instrumento de medida com bom grau de homogeneidade, apresentando um α de Cronbach = 0,696.

No que diz respeito aos estudos de validade, a solução fatorial final encontrada permitiu a seleção de 3 fatores, com raízes lactentes superiores a 1, que no seu conjunto explicam 64,30% da variância. O primeiro fator/dimensão relativa à “Informação”, integra 2 itens (8 e 9); uma segunda respeitante a “Postura Perante a Sexualidade”, incorpora três itens (1, 4 e 7) e uma terceira dimensão referente a “Desenvolvimento Psicoafectivo e Sexual”, com quatro itens (2, 3, 5 e 6).

O formato adotado para a escala foi o usual em instrumentos de autoavaliação - o tipo Likert. Para cada questão são apresentadas cinco categorias de resposta: 1 – Discordo Totalmente, 2 – Discordo; 3 – Não concordo / Nem discordo; 4 – Concordo e 5- Concordo Totalmente, em que cada sujeito obtém uma nota global que corresponde ao somatório de todas as anteriores. Os scores mais

elevados correspondem a atitudes mais favoráveis dos pais face à sexualidade dos filhos com Trissomia 21.

Para a recolha de dados junto dos profissionais, foi aplicado um instrumento de colheita de dados constituído por 3 secções: a secção A integra variáveis de contexto sociodemográfico e familiar; a secção B integra a escala de atitudes (Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory - SMRAI); e a secção C é composta por um conjunto de 4 questões com o objetivo de recolher informação complementar. Salientamos que a escala SMRAI (Brantlinger, 1987; Holmes, 1998) integra 40 questões, cujas respostas são avaliadas numa escala tipo Likert de 1 a 5 e cotadas de forma a que, quanto maior for a pontuação obtida, mais liberais são as atitudes dos profissionais. A nota global pode ir de um mínimo de 40 que corresponde a uma “atitude muito conservadora”, a um máximo de 200. Assim, 20 itens estão relacionados com as expressões da sexualidade no geral, focando questões como a educação sexual nas escolas, o género e a sexualidade, o controlo social da sexualidade, os diversos comportamentos sexuais e o acesso à contraceção. Os restantes 20 itens estão, diretamente, relacionados com a expressão da sexualidade nas pessoas com deficiência mental, com as normas referentes à sexualidade nas instituições que trabalham com esta população e com as práticas dos Profissionais dessas instituições face a essa temática. Esta escala foi construída para avaliar as atitudes de Profissionais face à sexualidade das pessoas com Deficiência Mental e as suas necessidades de formação. Foi testada quanto à sua validade interna por Brantlinger em 1983 (Alpha de Cronbach = 0,95) e por Holmes & Rose em 1991 (Alpha de Cronbach = 0,883). A Dr.ª Ivone Domingues Félix procedeu à análise da validade interna e adaptação da escala para a população portuguesa, tendo obtido um Alpha de Cronbach para a escala total de 0,886; para a subescala das atitudes face à sexualidade em geral um $\alpha = 0,807$, e para a subescala das atitudes face à sexualidade na deficiência mental obteve um $\alpha = 0,817$ (Félix, 2003, Albuquerque, 2007). Salientamos que, no âmbito do presente estudo, obtivemos para o total desta escala um Alpha de Cronbach = 0,739, e para as duas subescalas, atitudes face à sexualidade no geral, $\alpha = 0,549$, e atitudes face à sexualidade na deficiência mental, $\alpha = 0,758$.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

De seguida procuraremos caracterizar não apenas os scores obtidos, pelos sujeitos da nossa amostra, para a variável dependente e independentes em estudo, como também analisar como estas variáveis se associam entre si, tendo por referência os objetivos que orientaram a investigação. Mais concretamente, num primeiro momento serão apresentados e discutidos os resultados inerentes à amostra dos pais, para numa segunda fase, nos centrarmos na análise e discussão dos resultados relativos aos profissionais.

Atitudes dos Pais face à Sexualidade à Sexualidade na Trissomia 21

A amostra de pais foi constituída por 37 inquiridos, na sua maioria do sexo feminino com 81.1% e apenas 18.9% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 29 e os 80 anos ($M = 51,14$). A grande maioria dos pais reside no distrito de Leiria (54.1%), sendo que os restantes estão distribuídos pelos distritos de Lisboa (16.2%), Setúbal, Santarém e Coimbra (5.4%, respetivamente) e Évora, Porto, Viseu, Castelo Branco e Funchal (com uma percentagem de 2,7% em cada distrito). A totalidade dos pais possui apenas um filho com Trissomia 21, com idades compreendidas entre os 10 e os 47 anos, sendo que 62.2% estão institucionalizados e apenas 37.8% não estão inseridos em instituição.

Atitudes dos Pais

Uma análise detalhada dos resultados obtidos, na Escala de Atitudes, permitem afirmar que a maioria dos pais (45,90%) revelou possuir atitudes conservadoras face à sexualidade dos seus filhos com Trissomia 21. Apenas 24,40% dos progenitores tinham atitudes liberais e 29,70% manifestaram “atitudes muito liberais” (cf.Tabela 1).

Tabela 1 – Atitudes dos pais face à Sexualidade dos seus Filhos com Trissomia 21

<i>Tipo de Atitudes</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
1- “Atitudes Conservadoras”	17	45,90
2- “Atitudes Liberais”	9	24,40
3- “Atitudes Muito Liberais	11	29,70
Total	37	100,00

Os resultados obtidos na Escala de Atitudes dos Pais face à Sexualidade dos seus Filhos com Trissomia 21 (EAPS – T21), permitem constatar que a maioria dos pais mostrou possuir atitudes tendencialmente conservadoras, quando questionados sobre a sexualidade do seu filho com Trissomia 21. Estes resultados parecem corroborar os já demonstrados por outros estudos (Ramos, 2002; Castelão et al., 2003; Pan, 2003; Correa & Madureira, 2005; Albuquerque, 2007; Glat, 2009), que apontam para o facto de as atitudes dos pais face à sexualidade dos seus filhos estarem envoltas por medos, preocupação e repressão. Muitos pais nem sequer falam sobre sexualidade com os seus filhos, pois temem que ao conversarem com eles sobre o tema, despertem e aumentem o desejo sexual destes.

Atitudes dos pais face à sexualidade dos seus filhos com Trissomia 21 e variáveis sociodemográficas.

A consideração das atitudes de pais face à sexualidade dos seus filhos com Trissomia 21, como uma variável dependente de certos fatores sociodemográficos, tem merecido alguma atenção na investigação científica (Ramos, 2002; Castelão et al., 2003; Luiz & Cubo, 2007). Neste sentido, admitiu-se que as atitudes dos pais face à sexualidade poderiam ser influenciadas por algumas variáveis sociodemográficas em estudo - *filiação, idade, local de residência, habilitações literárias, rendimento mensal e estado civil*. A análise dos resultados do questionário, foi realizada com base nas relações existentes entre as variáveis independentes e as diferentes dimensões / Fatores da escala (F1 – Dimensão da Informação, F2 – Dimensão da Postura perante a Sexualidade, F3 – Dimensão do Desenvolvimento Psicoafetivo e Sexual).

Os dados obtidos sobre estes indicadores demográficos mostram que não existem influências significativas de nenhuma das variáveis sociodemográficas sobre as diferentes dimensões /fatores da Escala de Atitudes dos Pais face à Sexualidade dos seus Filhos com Trissomia 21 (dimensão 1 - Informação, dimensão 2 - Posturas face à sexualidade, e dimensão 3 - Desenvolvimento Psicoafetivo e Sexual) e a nota global da escala, o que não corrobora os resultados de estudos realizados anteriormente (Ramos, 2002; Félix, 2003; Francês cit in Pan, 2003; Luiz & Cubo, 2007). Os estudos realizados por Luiz e Cubo e por Francês (cit in Pan, 2003) demonstraram que as habilitações literárias e o estatuto socioeconómico influenciam o modo como os pais percecionam a sexualidade dos seus filhos com Trissomia 21, permitiu-lhes, ainda, constatar que, as famílias cujas habilitações literárias e condição socioeconómica é menos favorecida, são as que revelam maior dificuldade em

falar sobre o tema com o seu filho e possuem menos informação na área. Tendo em conta este facto, poderíamos, eventualmente, esperar que se confirmasse uma relação inversa entre o rendimento mensal, assim como do grau académico, dos progenitores e as atitudes que estes têm face à sexualidade. Os resultados obtidos na nossa pesquisa, podem provavelmente, advir de algumas especificidades subjacentes à amostra, que desde já se identifica como sendo uma das limitações do estudo. À semelhança de outras investigações (Ramos, 2002; Castelão et al., 2003; Correa & Madureira, 2005; Schliemann et al., 2005;) a maioria dos progenitores que se disponibilizaram a participar no estudo são do sexo feminino. Estes resultados vão ao encontro do que Schliemann et al. (2005) referiu no seu estudo, a educação e o desenvolvimento dos filhos, mesmo os deficientes, parece ficar a cargo das mães e a figura masculina tem pouca participação neste processo. Apesar deste facto, não existem diferenças significativas, no que diz respeito às atitudes dos progenitores (pai e mãe) face à sexualidade do indivíduo com deficiência mental. Nos resultados obtidos continua a ser visível o que é fundamentado na revisão da literatura, em concreto a grande maioria dos pais continua a ver os seus filhos como “eternas crianças”, “presentes de Deus”, logo seres assexuados. Existe, portanto, uma constante atitude de negação face à realidade sexual tão visível no seu filho, tentando esconde-la atrás do “manto” da eterna “criança”.

Atitudes dos Profissionais face à Sexualidade na Trissomia 21

Nesta segunda parte, iremos proceder à análise e discussão dos resultados obtidos pelos profissionais. Assim, numa primeira fase de análise dos resultados, procederemos à caracterização dos dados sociodemográficos com recurso a frequências absolutas e percentuais. A amostra de profissionais foi constituída por um total de 51 inquiridos, na sua maioria do sexo feminino (84.3%), apenas 15.7% pertenciam ao sexo masculino, com idades compreendidas entre os 20 e os 58 anos ($M = 37.86$). A maior parte dos profissionais pertence ao distrito de Leiria (82.2%) e exercem funções no Centro de Educação Especial, Reabilitação e Integração de Alcobaça (53%).

Atitudes dos Profissionais

A comparação das duas subescalas (subescala sexualidade em geral e subescala sexualidade na deficiência mental) permitiu verificar que a maioria dos sujeitos possui atitudes tendencialmente liberais. Na subescala relativa à sexualidade no geral verificou-se a existência de uma maior percentagem de sujeitos com atitudes liberais em contraposição com uma menor percentagem com atitudes conservadoras, comparativamente à subescala da sexualidade na deficiência mental (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Médias Obtidas nas subescalas da Escala SMRAI

<i>Escalas</i>	<i>Média</i>	<i>N</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Atitudes face à sexualidade	73,82	51	7,65
Atitudes face à sexualidade na Deficiência Mental	71,90	51	8,46

Apesar deste facto, os resultados permitiram afirmar que a maioria dos profissionais revelou ter atitudes liberais (74,50%) e muito liberais (13,70%) face à sexualidade das pessoas portadoras de Trissomia 21. Apenas 11,8% dos sujeitos ficaram posicionados na categoria “atitudes conservadoras”(cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Atitudes dos profissionais face à sexualidade da Pessoa com Trissomia 21

	Fator 1		Fator 2	
	n	%	n	%
1- “Atitudes Conservadoras”	2	3,9	6	11,8
2- “Atitudes Liberais”	42	82,4	38	74,5
3- “Atitudes Muito Liberais	7	13,7	7	13,7
Total	51	100,00	51	100,00

Análise das relações com as variáveis sociodemográficas

No que concerne ao estudo dos efeitos de certas variáveis de contexto sociodemográfico, procedeu-se à análise das associações entre as Subescalas (dimensões) e as seguintes variáveis: *sexo, idade, local de residência, estado civil, habilitações literárias, profissão e anos de serviço*.

Partindo deste referencial, a análise dos dados sobre estes indicadores sociodemográficos demonstraram que apenas as variáveis *local de residência, habilitações literárias e rendimento mensal* têm uma influência significativa no fator 1 da escala - atitudes face à sexualidade em geral, e a variável *instituição onde os profissionais desempenham funções* exerce uma influência significativamente sobre o fator 2 da escala - atitudes dos profissionais face à sexualidade na DM.

Quanto à influência do local de residência, os testes t de Student (cf. tabela 4) permitem observar que existem efeitos significativos desta variável sobre o fator 1 – Atitudes face à sexualidade em geral ($p = 0,046$) o que nos levou a inferir que existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível das atitudes face à sexualidade em geral, entre os profissionais com residência urbana e os que residem em meio rural (cf Tabela 4).

Tabela 4 – Resultados do Test t de Student, na Escala SMRAI face à Sexualidade em Geral e da Pessoa com Trissomia 21 - atitudes em função da variável Local de Residência

Local de Residência	Rural (n=23)	Urbano (n=28)	test t	p
F ₁ – Atitudes face à Sexualidade no Geral	71,65	75,61	1,882	0,046
F ₂ – Atitudes face à Sexualidade na DM	70,78	72,82	0,854	0,397
<i>Nota Global da Escala</i>	142,43	148,43	1,559	0,126

Relativamente à variável *habilitações literárias*, as análises de variância realizadas revelam (cf Tabela 5) apenas um efeito significativo desta variável sobre o F₁ – Atitudes face à Sexualidade em Geral ($F = 2,707$; $p = 0,042$). A realização de testes post-hoc de Tukey, para localizar as diferenças, revelou a existência de diferenças significativas, entre o grupo de profissionais com o 3.º Ciclo do Ensino Básico ($M = 68,22$) e o grupo de profissionais com a Licenciatura ($M = 75,68$), apresentado os primeiros atitudes mais conservadoras e os segundos atitudes menos conservadoras e mais liberais.

Tabela 5 – Anova das Habilitações Literárias sobre os fatores / dimensões e a nota global da Escala de Atitudes dos Profissionais (SMRAI).

Habilitações Literárias	F	p
F ₁ – Atitudes face à Sexualidade no Geral	2,707	0,042
F ₂ – Atitudes face à Sexualidade na DM	0,519	0,722
<i>Nota Global da Escala</i>	1,738	0,158

Estes resultados não contradizem os dados de investigações Portuguesas, nem os das pesquisas internacionais (Brasil e Inglaterra). No entanto, não foi possível inferir o seu efeito a todas as dimensões da escala, ou seja, para a dimensão das atitudes face à sexualidade na deficiência mental, esta variável não a influência significativamente. Os resultados encontrados por Félix (2003); Schliemann et al. (2005) e Albuquerque (2007), revelam que as opiniões dos profissionais variam de acordo com o cargo e a profissão desempenhada por cada profissional. Segundo Félix (2003), os profissionais que trabalham diretamente com os deficientes mentais e que possuem menos habilitações literárias, têm atitudes mais conservadoras.

Quanto ao estudo da associação entre o *rendimento mensal* com as atitudes (cf. Tabela 6), os dados revelaram, apenas, a existência de uma associação positiva e significativa com o F1 – Atitudes face à Sexualidade em Geral ($r = 0,386$; $p = 0,005$). Tal resultado levamos a inferir que o efeito do rendimento mensal nos resultados obtidos nas atitudes face à Sexualidade em Geral adquire significância estatística.

Tabela 6 – Correlações de Pearson entre as Atitudes dos Profissionais face à e o *Rendimento Mensal*

<i>Idade</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<i>F₁ – Atitudes face à Sexualidade no Geral</i>	0,386	0,005
<i>F₂ – Atitudes face à Sexualidade na DM</i>	-0,145	0,309
<i>Nota Global da Escala</i>	-0,189	0,185

No que diz respeito à influência da variável instituição onde os profissionais desempenham funções, regista-se a existência de um efeito significativo sobre os valores do fator 2 – Atitudes face à Sexualidade na DM, da Escala de Atitudes dos Profissionais (cf. Tabela 7). A realização de testes post-hoc de Tukey, para localizar as diferenças, revelou a existência de diferenças significativas entre o grupo de profissionais que exerce funções no CEERIA - Alcobça (M= 74,19) e o grupo de profissionais que exerce funções na APPACDM - Marinha Grande (M= 65,14), apresentado os primeiros atitudes mais liberais e o segundo atitudes menos liberais e mais conservadoras.

Tabela 7 – Anova da Instituição onde os Profissionais desempenham funções sobre os fatores / dimensões e a nota global da Escala de Atitudes dos Profissionais (SMRAI).

<i>Instituição onde os Profissionais desempenham funções</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>F₁ – Atitudes face à Sexualidade no Geral</i>	2,017	0,108
<i>F₂ – Atitudes face à Sexualidade na DM</i>	3,022	0,027
<i>Nota Global da Escala</i>	1,984	0,113

As diferenças encontradas entre profissionais com habilitações literárias do 3.º ciclo e licenciatura e entre os profissionais que desempenham funções na Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) e o Centro de Educação Especial, Reabilitação e Integração de Alcobça (CEERIA) fazem-nos ponderar na necessidade de adotar estratégias diferenciadas em programas de educação sexual para pais, profissionais e pessoas com Trissomia 21, onde as características e vulnerabilidade dos sujeitos sejam contempladas, bem como a diversidade de vulnerabilidades resultantes das características de funcionalidade das famílias de onde os sujeitos são oriundos.

Na análise descritiva dos dados da secção C do questionário dos profissionais é possível verificar que a maioria dos profissionais tem uma atitude positiva face ao tema da sexualidade, mesmo quando se articula com a deficiência mental. Apesar deste facto, a maioria dos profissionais diz necessitar de mais informação na área da sexualidade, o que corrobora os resultados da maioria dos estudos nacionais e internacionais (Ramos, 2002; Castelão et al., 2003; Félix, 2003; Albuquerque, 2007; Rodrigues & Alchieri, 2009).

Tabela 8 – Estatística Descritiva das questões da Secção C

<i>Dimensões</i>	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
1. - Reconheço e aceito a sexualidade como uma das dimensões importantes da vida de todo ser humano	51	3	5	4,55	0,54
2. - Conheço as diferentes funções que pode ter a sexualidade: - afeto; comunicação; prazer e reprodução.	51	4	5	4,44	0,50
3. - Preocupa-me falar sobre a sexualidade do/a jovem com Trissomia 21.	51	1	5	2,61	1,15
4. - Necessito de adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre os diferentes aspetos da sexualidade.	51	2	5	3,51	0,95

Em suma, tanto as atitudes dos profissionais face à sexualidade da Pessoa com Trissomia 21, como as atitudes dos pais, comprovam a realidade de que, ainda hoje, existem preconceitos e tabus em redor do tema da sexualidade na deficiência mental. A grande maioria das vezes, estas atitudes devem-se à falta de informação. Tanto os pais como os profissionais expressaram o facto de necessitarem de mais informação na área da sexualidade. A maioria dos estudos consultados (Ramos, 2002; Castelão et al., 2003; Correa & Madureira, 2005; Félix, 2003) corrobora os resultados obtidos.

4.CONCLUSÕES

Hodiernamente o entendimento da sexualidade e da deficiência mental é maior. Sabe-se que muitas medidas já foram tomadas para melhorar as infraestruturas necessárias a uma vivência plena da sua vida, no entanto continuam a existir os mesmos medos, tabus, preconceitos daquela que é senão uma das necessidades básicas de todo o ser humano. A sexualidade não pode ser vista separadamente dos indivíduos, seja este portador ou não de deficiência mental, uma vez que é parte integrante da personalidade de cada um.

A população estudada está naturalmente, ligada a contextos particulares e é destes contextos que recebe influências a vários níveis (psicológico, social, entre outros) e está, naturalmente, submetida a “pressões” precoces que são suscetíveis de influenciar os seus comportamentos relacionados com a sexualidade e a saúde sexual (influências da sociedade, dos familiares, do grupo de pares, dos professores, entre outras). Os resultados desta investigação indicam que estas atitudes face à sexualidade dos pais e dos profissionais que trabalham com esta população são igualmente influenciados, e de forma significativa, por determinados valores e regras, socialmente impostos, valores estes que, certamente, se desenvolvem e modificam durante toda a vida destes sujeitos. Assim, a natureza e magnitude das mudanças que ocorrem durante toda a vida das pessoas, alertam para a necessidade de se transmitir conhecimento adequado a estas pessoas.

Partindo deste referencial, e atendendo a que um dos objetivos estabelecidos no âmbito da investigação é contribuir para a reflexão sobre as atitudes subjacentes à dimensão sexual das pessoas com Trissomia 21, numa lógica de produção de conhecimento que facilite o desenho de programas de intervenção formativos e informativos, visando a promoção da saúde sexual destes sujeitos, estabelece-se a relevância futura do estudo. Quando se discutem os resultados obtidos, algumas considerações foram feitas sobre as suas implicações teóricas, nomeadamente sobre o suporte empírico que fornecem a alguns modelos e perspetivas teóricas (pensa-se que as variáveis sociodemográficas estudadas podem contribuir para a compreensão das atitudes face à sexualidade, tanto por parte dos pais como dos profissionais).

A intervenção na produção de conhecimento na área da sexualidade, realizada em organizações, tal como estabelecimentos de ensino ou de educação especial, não se encontra muito difundido, por isso constitui uma necessidade. Apesar disto, existem alguns programas referenciados na bibliografia, como o são o programa *Agora que já não sou criança...* (Loureiro, 1997), ou o Programa de Educación Emocional, desenhado para ser aplicado a jovens com síndrome de Down. Os objetivos do primeiro programa visam a transmissão de informação a indivíduos com deficiência mental, sobre sexualidade e o esclarecimento das dúvidas mais frequentes. O segundo visa o desenvolvimento da autoconsciência emocional, o controlo emocional e a empatia, numa perspetiva de ensino de estratégias.

Os resultados mostram que as atitudes face à sexualidade dos deficientes mentais continuam envoltas por fantasmas e mitos criados, que nem sempre correspondem à realidade. A falta de informação e formação, muitas vezes é a causa destes preconceitos, uma vez que os pais e até mesmo os profissionais não sabem como falar sobre o tema com as pessoas com Trissomia 21. Concluiu-se que a grande maioria dos participantes do estudo manifestam necessidade de mais informação em matéria de educação sexual. Manifestam preocupação relativamente às desvantagens que os seus filhos possuem e que os podem tornar mais vulneráveis, por exemplo, a abusos sexuais, preocupação que foi visível ao longo da bibliografia consultada (Castelão et al, 2003, Correa & Madureira, 2005).

Para ajudar a pessoa com deficiência mental a enfrentar estas desvantagens, torna-se essencial proporcionar-lhe, o mais precocemente possível, uma educação sexual formal, em que o tema da sexualidade seja abordado de forma explícita, ou seja, objeto de uma intervenção pedagógica intencional, com objetivos previamente estipulados, e estruturada, assumindo ou não a forma de um programa (Maia & Camossa, 2003).

No entanto, e atendendo ao que foi referido, a Educação Sexual somente será eficaz se for equacionada numa perspetiva de promoção do desenvolvimento psicosssexual em particular, inserido no contexto mais amplo do desenvolvimento psicológico global. O desenvolvimento psicosssexual de qualquer indivíduo com deficiência mental processa-se da mesma forma da restante população, resultando da interação deste com a realidade e as pessoas envolvidas (escola, família, colegas, vizinhos, comunidade em geral). Todos os que se relacionam e interagem com estes indivíduos poderão fazer Educação Sexual e influenciar de forma positiva ou negativa o seu desenvolvimento (Loureiro, 1997 cit in Ramos, 2002).

Por estes motivos, torna-se imprescindível intervir de forma intencional junto desses contextos, de modo a alterar a qualidade dessas interações e suscitando outras. Isto pressupõe a elaboração e implementação de programas de intervenção de carácter formativo junto de pais e profissionais que interagem com jovens deficientes mentais e, consequentemente, com Trissomia 21. Estas intervenções deverão contemplar uma mudança de atitudes, valores, expectativas e representações

sociais interiorizadas pelos pais ao longo dos tempos. Para os profissionais deverá ser construído um programa interventivo idêntico, introduzindo as alterações necessárias, que a especificidade das suas funções e formação impõem. Na realidade atual, também, se torna imprescindível a cooperação ativa entre pais e profissionais, ao longo de todo o processo de aprendizagem e desenvolvimento do jovem.

Termina-se este artigo afirmando convictamente que a cada indivíduo deve ser dada a oportunidade de conhecer e promover a sua riqueza interior e a sua diversidade, afinal *“Ser humano é ser sexual”* (Winder, 1983 cit in Félix, 2003, p. 18).

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Albuquerque, M. (2007). A Sexualidade no Deficiente Mental Profundo: Um estudo descritivo sobre as Atitudes de Profissionais e Pais. Manuscrito não publicado, Instituto Superior Miguel Torga.
- (2) - Castelão, T., Schiavo, & M., Jurberg, P. (2003) Sexualidade da pessoa com síndrome de Down. Revista de Saúde Pública, 37(1), 32-39.
- (3) Cook, T.D., & Campbell, D. (1979). Quasi experimentation: design & analysis issues for field settings. Chicago: Rand McNally.
- (4) - Correa, A., & Madureira, V. (2005). Percepção das Mães sobre sexualidade dos filhos portadores de síndrome de Down. Rev. Bras. de Ed. Esp., 14(3), 110-23.
- (5) - Félix, I. (1995). E nós... somos diferentes? Sexualidade e educação sexual na deficiência mental. Lisboa: APF – Associação para o Planeamento da Família.
- (6) - Félix, I. (2003). As atitudes dos profissionais face à sexualidade das Pessoas Portadoras de Deficiência Mental. Sexualidade & Planeamento Familiar, 37, 18-23.
- (7) - Gil, A.C. (1995). Métodos e técnicas de pesquisa social (4rd ed., pp.19-103). São Paulo: Atlas.
- (8) Kiess, H.O., & Bloomquist, D.W. (1985). Psychological research methods: A conceptual approach. London: Allyn and Bacon.
- (9) - Kozma, Ch. (2007). Crianças com syndrome de Down: guia para pais e educadores. O que é a síndrome de Down (pp. 15-42). Porto Alegre: Artmed.
- (10) - Kozma, Ch. (2007). O que é a síndrome de Down. Em K. Stay-Grundersen (Org.). Crianças com syndrome de Down: guia para pais e educadores (pp. 15-42). Porto Alegre: Artmed.
- (11) - Lakatos, E.M., & Marconi, M.A. (1996). Metodologia científica (3 ed.). São Paulo: Atlas.
- (12) - Lopez, F., & Fuertes, A. (1999). Para compreender a sexualidade. Lisboa: APF.
- (13) - Loureiro, M. (1997). Agora que já não sou criança.... Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- (14) - Luiz, E., & Kubo, O. (2007) Percepções de jovens com síndrome de Down sobre relacionar-se amorosamente. Revista Brasileira Ed. Esp., 13(2), 219-218.
- (15) - Maia, A., & Camossa, D. (2003). Relatos de jovens deficientes mentais sobre a sexualidade através de diferentes estratégias. Paidéia, 12(24), 205-214.
- (16) - Pan, A. (2003). Afectividade e sexualidade na pessoa portadora de deficiência mental. São Paulo: Edições Loyola.
- (17) Pedhazur, E.J., & Schmelkin, L. (1991). Measurement, design and analysis: An integrated approach. New Jersey, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

- (18) - Pereira, A., & Poupa, C. (2004). Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando o word. Lisboa: Sílabo.
- (19) - Ramos, M. (2002). Sexualidade na Diversidade: Atitudes de Pais e Técnicos face à Afectividade e Sexualidade da Jovem com Deficiência Mental. Lisboa: Cadernos SNR, 22.
- (20) - Rodrigues, E., & Alchieri, J. (2009) Avaliação das características de afectividade em crianças e jovens com síndrome de Down. PsicoUSF, 14(1), 107-116.
- (21) - Schliemann, L., Duarte, D., Garcia, S., Guimarães, C., & Valdrighi, S. (2005). Sexualidade – adolescência – deficiência mental: um desafio a pensar. Acedido em 20, setembro, 2010 em http://paginas.ulusofona.pt/p415/G26_Sindroma_Down_f1.pdf.
- (22) - Troncoso & Cerro. (2004) Síndrome de Down: Leitura e Escrita. Porto: Porto Editora.
- (23) - Vala, J., & Monteiro, B. (2004). Psicologia Social. Lisboa: Fundação Calouste.

ATITUDES DOS TÉCNICOS FACE À SEXUALIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENTAL

ATTITUDES OF TECHNICIANS TOWARDS SEXUALITY OF THE PEOPLE WITH MENTAL DISABILITIES

Carla Reis Paredes ¹; Cláudia Chaves ²; Carlos Albuquerque ²; Sofia Pires ²

¹ Instituto Superior de Ciências Educativas de Felgueiras / carlareis9@gmail.com

² Escola Superior de Saúde de Viseu / claudiachaves21@gmail.com / cmalbuquerque@gmail.com / sofiacic@iol.pt

RESUMO

Introdução: Os técnicos sentem dificuldades em trabalhar o domínio sexual com o deficiente mental, sentindo-se desapoitados a este nível, pois as instituições onde trabalham possuem políticas restritivas ou simplesmente, não existem normas. Neste sentido o objetivo deste estudo foi proceder à caracterização sociodemográfica dos técnicos que cuidam da pessoa com deficiência mental e as atitudes dos mesmos face à sexualidade das pessoas com deficiência mental. **Métodos:** estudo de caráter quantitativo, transversal, descritivo e correlacional. Foi aplicado um protocolo de avaliação aos funcionários (numa amostra de 38 sujeitos) de duas instituições, que trabalham com crianças e jovens portadores de Deficiência Mental na Guarda e na Covilhã. O instrumento de colheita de dados integra variáveis de contexto sociodemográfico, familiar e a escala Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory (SMRAI - Brantlinger, 1987; Holmes, 1998, adaptado Albuquerque & Gil, 2010). **Resultados:** 76,3% são do sexo feminino e 23,7% do masculino, média de idades de 38,47 anos, 86,8% residem em locais urbanos e 13,2% em rurais. 65,8% são casados. 39,5% possuem o ensino secundário. 71,1% são Auxiliares Pedagógicas de Ensino Especial e Técnicos Superiores de Educação Especial e Reabilitação. 52,6% dos técnicos exerce funções na Instituição entre 1 e 4 anos. 57,9% pratica religião católica, 42,1% não pratica nenhuma religião. 84,2% dos profissionais não têm nenhum familiar com deficiência e 15,8% tem familiares com esta deficiência. Os profissionais demonstraram possuir atitudes tendencialmente (71,5%), em relação à sexualidade na Deficiência Mental, no entanto encontram-se diferenças em desfavor das últimas. Nos profissionais, as variáveis que revelaram ter um efeito significativo sobre a nota global da escala foram: idade, tempo de exercício profissional e habilitações literárias. **Conclusão:** Com esta investigação conseguimos ter uma perceção mais rigorosa do perfil sócio-demográfico dos profissionais que cuidam da pessoa com deficiência mental, bem como dos determinantes das atitudes dos profissionais face à sexualidade do deficiente mental.

Palavras-chave: *atitudes, sexualidade, deficiência mental, profissionais.*

ABSTRACT

Introduction: The technicians find it difficult to work with the mentally handicapped gender. They feel unsupported at this level because the institutions where they work have restrictive policies, or there are no rules. In this sense the aim of this study was to carry out socio-demographic

characteristics of the technicians who care for people with intellectual disabilities and the same attitudes towards sexuality of people with mental disabilities. **Methods:** any quantitative, cross-sectional and correlational. A protocol was applied to the evaluation staff (a sample of 38 subjects) of two institutions that work with children and young people with mental retardation in Guarda and Covilhã. The instrument of data collection variables includes socio-demographic, family and the scale of Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory (SMRAI - Brantling, 1987; Holmes, 1998, adapted Albuquerque & Gil, 2010). **Results:** 76.3% are female and 23.7% male, mean age of 38.47 years, 86.8% live in urban and 13.2% in rural areas. 65.8% are married. 39.5% have secondary education. 71.1% are Special Education Teaching aids and Technicians Special Education and Rehabilitation. 52.6% of technicians perform duties at the institution between 1 and 4 years. Practicing Catholic 57.9%, 42.1% did not practice any religion. 84.2% of professionals have no family with disabilities and 15.8% are familiar with this disability. Professionals have demonstrated attitudes, tended (71.5%) in relation to sexuality in the mentally retarded, however there are differences to the detriment of the latter. For the professionals, the variables found to have a significant effect on the overall score of the scale were age, time and professional qualifications. **Conclusion:** This research could have a more accurate perception of the socio-demographic profile of the professionals who care for people with mental disabilities, as well as the determinants of professionals' attitudes towards sexuality of the mentally handicapped.

Keywords: *attitudes, sexuality, disability, professionals.*

1. INTRODUÇÃO

A sociedade tem-se consciencializado que a Educação Sexual engloba aspetos importantes para a construção da personalidade do jovem enquanto pessoa e para a sua construção ética e moral. A Educação Sexual enquanto processo educativo visa o desabrochar da personalidade. Foi neste sentido que consideramos que o acesso à *Educação Sexual é um passo para a Inclusão Social do Deficiente Mental*. Enquanto profissionais, sabemos que muito se defendem as filosofias da Integração e Inclusão escolar mas coloca-se em segundo plano as mesmas a nível social apesar de sabermos que todo o ser humano, com ou sem deficiência, pertence à sociedade e deve estar preparado para viver nela.

Se pretendemos integrar o aluno com Deficiência Mental nas classes regulares e na sociedade isso significa dar-lhe as mesmas oportunidades e direitos dos alunos ditos normais, neste sentido a Educação Sexual é um direito que lhes assiste e um tema atual e pertinente, não fazendo qualquer sentido continuar a retardar o seu tratamento, debate e implementação, visando combater a ignorância que acaba por afetar negativamente o desenvolvimento destes indivíduos.

Os técnicos sentem dificuldades em trabalhar o domínio sexual com estas pessoas, sentindo-se desapoitados a este nível, pois muitas vezes as instituições onde trabalham possuem políticas restritivas ou simplesmente, não existem normas. De acordo com Ramos (2004) *“A falta de regras explícitas leva-os a agirem de acordo com as suas próprias ideias e atitudes”* (p.128). Corroboramos com Albuquerque e Ramos (2007), ao afirmarem que *“A sexualidade dos deficientes mentais é socialmente constituída como um «problema» para os membros da sociedade e do meio onde se inserem, sendo a sua atividade sexual considerada como fantasma para as suas famílias e profissionais que com ele lidam”* (p.31).

Foram realizados alguns estudos no âmbito das atitudes dos técnicos face à sexualidade do deficiente mental, destacamos o levantamento feito por Ramos (2004), que aponta os estudos realizados por Meyen e Retish (1971) com 42 técnicos que apoiavam pessoas com Deficiência Mental ligeira, concluindo que se verificava um certo conservadorismo, resultante da responsabilidade que lhes era imputada. Dois anos mais tarde Deisher (1973) concluiu que se verificava uma falta de normas no domínio afetivo-sexual e que os técnicos refletiam as suas próprias ideias e atitudes. Em 1978, Mitchel, Doctor e Butler opinam que os técnicos consideram a Educação Sexual importante mas preferem não se envolver no assunto, optando pela não-aceitação de manifestações sexuais destes indivíduos, mantendo atitudes muito conservadoras. Em 1987, Branthinger valoriza o facto dos técnicos revelarem receio dos pais que não autorizavam expressões afetivo-sexuais nas instituições, optando-se pela separação dos sexos e por uma forte supervisão e punição. Glat (2005) menciona que alguns profissionais têm adotado uma postura distante face a este assunto, mas outros começam a encarar o relacionamento, a afetividade e a sexualidade como uma componente dentro da normalidade.

Dos trabalhos realizados por Maia (2001) e Maia e Aranha (2003) inferiu-se que os profissionais sentiam falta de preparação para lidar com comportamentos sexuais (beijos, abraços, masturbação). Plaute et al. (2002) concluem dos seus estudos que os técnicos aprovam a Educação Sexual nesta população e que reconhecem não saber lidar com o tema e temerem as reações dos pais e da sociedade em geral. Fernández (2000) também realizou um estudo sobre esta temática e concluiu que os profissionais constituem um importante centro de troca de informações, sensibilização e formação. Giami (2004) fala das representações da sexualidade do deficiente mental dos pais e dos educadores e refere um aspeto interessante que se resume desta forma: as atitudes dos profissionais, encaradas pelos pais, são consideradas: permissivas, ausência ou excesso de autoridade. As atitudes dos pais são encaradas pelos profissionais como: negação, não quer ver as manifestações sexuais, repressão e desinteresse.

De acordo com Albuquerque e Ramos (2007) *“a questão não é se as pessoas com deficiência mental têm sexualidade ou se têm direito de a viver. A pessoa com Deficiência Mental tem direito de viver a sua sexualidade! A questão que se coloca é «como é que os terapeutas, cuidadores e pais podem ajudar pessoas com deficiência mental a viver a sua sexualidade”* (p.37).

Podemos concluir que as funções atribuídas aos técnicos são ainda de vigilância e de responsabilização, não havendo normas e padrões bem definidos, dependendo da sua visão pessoal sobre a temática. Concordamos com Pinheiro e Leal (2005) ao afirmarem que as *“atitudes dos técnicos perante a sexualidade dos jovens portadores de deficiência mental tem vindo a abandonar modelos moralizantes e combativos, sendo a atual tendência a tolerância com base no saber científico e atitudes mais abertas”* (p.31).

Concluimos destes estudos sobre as atitudes dos técnicos que, os programas de Educação Sexual nesta população são realmente importantes, sendo uma forma de os reconhecer como cidadãos com direitos e são importantes ações de formação para técnicos e pais como forma de os apoiar e ajudar numa área em que assumem ainda pouco seguros.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo é de carácter quantitativo, transversal, descritivo e correlacional. Apontamos os seguintes objetivos: proceder à caracterização sociodemográfica dos técnicos que cuidam da pessoa

com deficiência mental e conhecer as atitudes dos técnicos face à sexualidade dos portadores de Deficiência Mental.

Como variáveis independentes considerámos as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e nível socioeconómico), a instituição onde os profissionais exercem funções, o nível de formação, os anos de atividade profissional, os anos de serviço na instituição e a existência ou não de familiares com Deficiência Mental. Considerámos, ainda, a variável religião por julgarmos ser um fator importante com influência nas atitudes face à sexualidade.

A amostra que seleccionámos para este estudo, obedece a critérios de um tipo de amostragem não probabilística, intencional e por conveniência, constituída por 38 funcionários das instituições, da Covilhã (19 funcionários) e da Guarda (19 funcionários), sendo 9 do sexo masculino e 29 do sexo feminino com idades compreendidas entre os 20 e os 58 anos.

A recolha de dados foi processada com recurso a um protocolo de avaliação de autopreenchimento, com o intuito de aferir as atitudes dos profissionais face à sexualidade dos indivíduos com Deficiência Mental.

O instrumento de colheita de dados aplicado é constituído por três secções: a secção A integra variáveis de contexto sociodemográfico e familiar (treze questões); a secção B integra a escala de atitudes (Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory - SMRAI), com quarenta questões; e a secção C é composta por um conjunto de quatro questões com o objetivo de recolher informação complementar no domínio da temática em estudo. Salientamos ainda que a escala SMRAI (Brantlinger, 1987; Holmes, 1998, Albuquerque e Gil, 2010) integra 40 questões, cujas respostas são avaliadas numa escala tipo *Likert* de 1 a 5 e cotadas de forma a que, quanto maior for a pontuação obtida, mais liberais são as atitudes dos profissionais. A nota global pode ir de um mínimo de 40 que corresponde a uma «atitude muito conservadora», a um máximo de 200, que corresponde a uma «atitude muito liberal», sendo que alguns dos itens são cotados de forma inversa, como é o caso dos itens 2, 5, 7, 8, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 29, 32, 36, 39 e 40. A escala integra duas subescalas, uma que avalia as atitudes de Profissionais face à sexualidade em geral (20 itens), que contempla os itens 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 31 e 37, e outra, que avalia as atitudes dos profissionais face à sexualidade da pessoa com deficiência mental (20 itens), com os itens 3, 4, 8, 12, 13, 15, 16, 19, 23, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39 e 40. A escala foi construída para avaliar as atitudes de Profissionais face à sexualidade das pessoas com Deficiência Mental e as suas necessidades de formação. Foi testada quanto à sua validade interna por Brantlinger em 1983 (*Alpha de Cronbach* = 0,95) e por Holmes & Rose em 1991 (*Alpha de Cronbach* = 0,883). Félix (2003) procedeu à análise da validade interna e adaptação da escala para a população portuguesa, tendo obtido um *Alpha de Cronbach* para a escala total de 0,886; para a subescala das atitudes face à sexualidade em geral um $\alpha = 0,807$, e para a subescala das atitudes face à sexualidade na deficiência mental obteve um $\alpha = 0,817$ (Félix, 2003, Albuquerque, 2007). Salientamos que, no âmbito do estudo de Albuquerque e Gil (2010), obteve para o total da escala um *Alpha de Cronbach* = 0,739, e para as duas subescalas, atitudes face à sexualidade no geral, $\alpha = 0,549$, e atitudes face à sexualidade na deficiência mental, $\alpha = 0,758$.

A aplicação do questionário respeitou o grupo e a política das instituições contactadas para o estudo. Previamente foi realizado um contacto inicial com as instituições onde foi explicámos o objetivo do estudo, apresentámos o instrumento de avaliação e solicitámos a colaboração para a concretização da investigação e uniformizaram-se os critérios de aplicação. As instituições contactadas mostraram-se recetivas ao estudo. Para além do contacto com as instituições, todos os

questionários se fizeram acompanhar pelo consentimento informado. Salientamos igualmente que foi solicitada a autorização aos autores das escalas utilizadas.

A informação recolhida foi tratada e processada no programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 19.0 para Windows. A análise da fidedignidade das escalas realizou-se através do cálculo do *alpha* de cronbach.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos inquiridos, maioritariamente do sexo feminino a que corresponde 76,3% face a 23,7% do sexo masculino, dados idênticos aos estudos realizados por Albuquerque e Ramos (2007) e Gil (2010).

Verifica-se maior representatividade do grupo etário dos 20 aos 29 anos com 28,9%, seguido do grupo entre os 30 e os 39 anos com 26,3%, o grupo entre os 50 e os 59 anos com 23,7% e o grupo entre os 40 e os 49 anos com 21,1%. Uma análise complementar subjacente à idade permitiu-nos verificar que a média de idades dos inquiridos do nosso estudo é de 38,47 anos, sendo a dos profissionais do sexo masculino de 36 anos e a dos profissionais do sexo feminino de 39,24 anos. Salientamos igualmente que as idades dos profissionais do sexo masculino variam entre os 26 e os 52 anos e do sexo feminino entre os 20 e os 59 anos. Quanto a esta variável não se registaram diferenças significativas entre os dois sexos.

Relativamente à variável *local de residência*, verificou-se uma diferença significativa 86,8% residem em locais urbanos e 13,2% em rurais. Nesta variável as diferenças entre sexos não são muito expressivas.

No que concerne ao *Estado Civil*, verifica-se uma predominância do estado civil casado com 65,8%, seguido do estado civil de solteiro com 28,8% e por fim o estado civil de divorciado com 5,3%. Nesta variável as diferenças entre sexos não são muito visíveis, como acontece no estudo de Ramos (2004) e Gil (2010).

No que diz respeito às *habilitações literárias*, aferiu-se que a maior percentagem de inquiridos possuem o Ensino Secundário, 39,5% e Licenciatura com igual percentagem, segue-se 3.º Ciclo do Ensino Básico com 15,8% e por último mestrado com 5,3%, dados semelhantes ao estudo de Gil (2010).

Verificou-se que em relação ao *nível de formação de base*, 71,1% corresponde a outra (sendo que a maioria são Auxiliares Pedagógicos de Ensino Especial e Técnicos Superiores de Educação Especial e Reabilitação). O grupo dos profissionais referentes aos Professores representa 10,5%, os Psicólogos 7,9%, os Técnicos de Serviço Social 5,3%, os Educadores 2,6% e os Terapeutas Ocupacionais 2,6%.

Para operacionalizar a variável *profissão* colocou-se uma questão aberta (Qual a sua Profissão?) e posteriormente recorremos à Classificação Nacional de Profissões (CNP) do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP, 2011). Segundo esta classificação as diversas profissões estão agrupadas em dez grandes grupos, estes subdividem-se em diferentes sub-grupos de acordo com o seu conteúdo funcional. Nesta categorização excluímos o grupo, 0, o grupo 6 e o grupo 9 uma vez que não contemplavam nenhum elemento da amostra. Assim o grupo 1- Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos dirigentes, diretores e gestores executivos engloba 2,6% dos inquiridos. O grupo 2- Especialistas das atividades intelectuais e científicas representa 31,6%, o grupo 3- Técnicos e profissões de nível intermédio, 10,5%, o grupo 4 - Pessoal administrativo, representa 10,5%, o grupo 5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e

vendedores, 36,8%, o grupo 7 - Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, 2,6% e o grupo 8- Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem, 5,3%.

No que respeita ao *tempo de atividade profissional*, verificou-se neste estudo que a maior parte dos profissionais (39,5%) têm entre 1 a 4 anos de serviço, seguidos dos que têm entre 15 a 19 anos que representam 18,4%, os que têm menos de 1 ano com percentagem de 13,2%, os que têm mais ou igual a 30 anos representam 10,5%, os que têm entre 5 a 9 anos são 7,9 %, entre 10 a 14 anos 5,3%, 20 a 24 anos com 2,6%, de 25 a 29 anos também 2,6%.

Na questão *instituição onde trabalha* verificou-se um grande equilíbrio, 50% dos inquiridos executa funções na instituição da Guarda e 50% na instituição da Covilhã. Não se verificaram resultados díspares entre sexos.

Na variável tempo de atividade profissional na Instituição (anos), a maioria dos técnicos mostra já exercer funções na Instituição em que trabalha entre 1 e 4 anos (52,6%), seguindo-se o intervalo menos de 1 anos (18,4%), entre 10 e 14 anos (7,9%) igual ou superior a 30 anos (7,9%), entre 15 a 19 anos (5,3%) e entre 5 a 9 anos, entre 20 a 24 anos e entre 25 a 29 anos todos eles com a mesma percentagem (2,6%). No que se refere a esta variável, observámos algumas diferenças entre sexos, os homens trabalham há menos tempo na instituição, 77,8% entre 1 a 4 anos e 22, 2% entre 5 e 9 anos. A distribuição das mulheres é mais heterogénea, 27,6% trabalha entre 1 e 4 anos, 24,1% trabalha entre 15 e 19 anos, 17,2%, há menos de 1 ano, 6,9% entre 10 e 14 anos e os restantes intervalos, entre 5 e 9 anos, entre 20 e 24 anos e entre 25 e 29 anos com igual percentagem, 3,4%.

No que concerne à variável *religião*, verificou-se um certo equilíbrio, 57,9% pratica alguma religião referindo ser a católica, enquanto 42,1% respondeu não praticar nenhuma religião. Quando questionámos sobre o grau de crença em que zero significa (não crente) e sete (muito crente), 39,5% selecionou o grau zero, 18,5% o grau quatro, 18,5% o grau cinco, 7,9% o grau seis e 5,3% o grau um, o grau três e o grau sete. Na questão qual o grau de prática em que zero significa (não pratica) e sete (muito praticante) as respostas foram as seguintes: 39,5% o grau zero, 7,9% o grau um, 2,6% o grau dois, 10,5% o grau três, 15,8% o grau quatro, 10,5% o grau cinco, 10,5% o grau seis e 2,6% o grau sete. Quanto à existência de *familiares portadores de Deficiência Mental*, 84,2% dos profissionais não têm nenhum familiar com deficiência e 15,8% tem familiares com deficiência. Nesta variável não se registaram diferenças significativas entre sexos.

Relativamente às atitudes dos Profissionais face à sexualidade em geral e face à sexualidade na DM apresentamos os valores médios obtidos nos fatores da escala de atitudes dos profissionais: F1 – Atitudes face à sexualidade em geral e F2 – Atitudes face à sexualidade na Deficiência Mental.

A comparação das duas subescalas (subescala sexualidade em geral e subescala sexualidade na Deficiência Mental) permitiu-nos verificar que na subescala relativa à sexualidade em geral existiu uma maior percentagem de sujeitos com «atitudes liberais» e menor percentagem com «atitudes conservadoras», comparativamente à subescala da sexualidade na Deficiência Mental.

Apesar deste facto, os resultados permitiram afirmar que a maioria dos profissionais revelou ter «atitudes liberais» com 55,30% e «muito liberais» com 21,10% em relação à sexualidade das pessoas portadoras de Deficiência Mental. Contudo 23,7% dos sujeitos ficaram posicionados na categoria «atitudes conservadoras». Resultados corroborados pelo estudo de Ramos (2004) e Gil (2011).

Na análise em função do género encontramos maior discrepância, no factor F₁ – *Atitudes face à Sexualidade em Geral*, os profissionais do sexo feminino apresentam, neste fator, um valor médio de 45,34 e desvio padrão de 9,48, comparativamente com os profissionais masculinos, com o valor médio de 42,67 e desvio padrão de 6,67 e um coeficiente de variação de 20,90% nos profissionais

femininos e 15,63% nos profissionais masculinos, que nos indica a existência de uma dispersão média (CV=15 a 30%).

Em relação ao F_2 – *Atitudes face à Sexualidade na Deficiência Mental e Nota Global* os profissionais do sexo feminino apresentam, valores médios mais elevados comparativamente com os profissionais masculinos (42,69 e 88,03) e um desvio padrão também mais elevado (8,86 e 17,06). Os coeficientes de variação nos profissionais masculinos são mais baixos, que nos indicam a existência de uma amostra homogénea, estável (CV: menor ou igual a 15% - baixa dispersão).

Uma análise mais detalhada destas questões, permitiu-nos afirmar que quando questionados sobre se reconhecem e aceitam a sexualidade como uma das dimensões da vida de todo o ser humano, 57,9% dos profissionais disseram concordar totalmente e 42,1% concordam com a afirmação.

No que diz respeito ao segundo item, sobre o seu conhecimento em relação às diferentes funções que pode ter a sexualidade, 52,6% dos profissionais concordam com a afirmação e 42,1% concordam totalmente, sendo que 5,3 % afirmaram-se indecisos.

Em relação ao item 3, constatamos que 26,3% discordam totalmente, 28,9% discordam com o facto de ser difícil falar sobre o tema da sexualidade e 23,7% concorda que é difícil falar sobre o tema, talvez por ser, efetivamente, um tema delicado.

Finalmente, do grupo de inquiridos, 63,2%, concordam que necessitam de melhorar ou adquirir informação acerca do tema da sexualidade, sendo que somente 10,5 % discordam com a afirmação.

Depreendemos deste estudo que, os técnicos reconhecem a importância da sexualidade e a necessidade de formação nesta área conforme constatou o estudo de Maia e Aranha (2005).

Achamos importante realçar que reconhecemos que a nossa amostra não foi muito significativa pois apresenta um número reduzido de técnicos.

4. CONCLUSÃO

Falar de sexualidade não é um tema fácil pois refere-se à nossa esfera íntima e é percecionada e vivenciada de formas diferentes. Essa dificuldade acentua-se quando nos referimos a portadores de deficiência sendo uma temática com muitas carências para os indivíduos com deficiência, para as suas famílias e para os técnicos que com eles trabalham. É necessário contrariar as principais atitudes que variam entre a inexistência e a sexualidade exacerbada.

O nosso estudo contemplou as atitudes dos técnicos em relação à sexualidade dos deficientes mentais, pois as atitudes positivas ou negativas, têm muita influência no desenvolvimento destas pessoas e consequentemente na sua Inclusão na sociedade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Gil, J. (2010). *Atitudes de Pais e Profissionais face à sexualidade da Pessoa com Trissomia 21*. Tese de mestrado. Escola Superior de Altos Estudos – Instituto Miguel Torga. Coimbra.
- (2) Maia, A. (2001). Reflexões sobre a educação sexual da pessoa com deficiência. *Revista Brasileira de Educação Especial*, n.º 7, pp-35-46.
- (3) Plaute et al. (2002). Sexuality education for adults with cognitive disabilities in Austria. In *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, n.º 27, pp,58-68.

- (4) Albuquerque, M. e Ramos, S. (2007). *A Sexualidade na Deficiência Mental Profunda - Um Estudo Descritivo sobre atitudes de Pais e Profissionais*. Obtido em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/.pdf> Disponível em: 6/11/2009
- (5) Fernández, J. (2000). *La Educación Sexual y Afectiva de personas con minusvalías psíquicas: Una propuesta de intervención para profesionales, padres y madres*. Obtido em: <http://portal.perueduca.edu.pe/basicaespecial/articulos/atr04>.Disponível em:15/11/2009.
- (6) Glat, R. (2005). *Desarrollo Psicosocial y Sexualidad de Jóvenes Portadores de Deficiencias*. Obtido em: http://www.eduinclusivapesq-uerj.pro.br/livros_artigos/pdf/sexual_defic.pdf. Disponível em: 10/12/2009.
- (7) Maia, A. & Aranha, M., (2005). *Relatos de professores sobre manifestações sexuais de alunos com deficiência no contexto escolar, Interação em Psicologia*. Obtido em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/3290/264>. Disponível em 03/11/09.

ATITUDES FACE À SAÚDE SEXUAL: ESTUDO NUMA ESCOLA SECUNDÁRIA DA FIGUEIRA DA FOZ

ATTITUDES TOWARDS SEXUAL HEALTH: STUDY AT A SECONDARY SCHOOL OF FIGUEIRA DA FOZ

Maria de Fátima Soares¹, José Hermínio Gomes², Maria de Fátima Claro³

1 ACES Baixo Mondego II, Centro de Saúde Figueira da Foz. fatimasersoares@gmail.com

2 Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. herminio@esenfc.pt

3 ACES Baixo Mondego II, Centro de Saúde Figueira da Foz. claro.fatima@gmail.com

RESUMO

Introdução: A escola é um ambiente de aprendizagem e socialização com repercussões nas famílias. Este projeto surgiu do conhecimento do aumento gradual das IST's e da gravidez na adolescência. A avaliação do programa de Educação Sexual é um importante instrumento para melhorar a sua qualidade. **Objetivos:** Estabelecemos como objetivos: (i) comparar os comportamentos e atitudes antes e após a intervenção educativa nos estudantes do 12º ano da escola; (ii) avaliar o impacto de um projeto de educação sexual a nível dos conhecimentos da população alvo.

Metodologia: Estudo investigação-ação, quantitativo, realizado na escola secundária. A população alvo foi composta por 96 alunos do 12º ano. A colheita de dados foi realizada através da aplicação de um questionário que decorreu em duas fases: uma primeira, anterior e outra três meses após a intervenção. A intervenção constou da visualização de um filme e respetivo debate.

Resultados: Na fase 1 do estudo, 72,9% dos jovens referiram ter uma relação afetiva, na fase 2 foi de 80,2%. Na fase 1 do estudo 24% dos jovens referiram utilizar preservativo, seguido de 8,3% que utilizam preservativo e pílula. Três meses após a intervenção verificámos que 29,6% referiram utilizar preservativo e 5,5% pílula e preservativo. Em relação à vigilância de saúde verificamos que este valor passou de 38,5% (fase 1) para 43,9%. Os alunos satisfeitos com a imagem corporal passaram de 64,6% para 65,9%.

Conclusões: Houve ganhos em saúde traduzidos num aumento da vigilância de saúde, aumento do uso de preservativo e aumento da satisfação da imagem corporal.

Palavras Chave - Saúde escolar, sexualidade, comportamentos de risco

ABSTRACT

Introduction: School is a learning and socialization environment which has effects on families. This project was created from the awareness that sexually transmitted infections have been increasing as well as teenage pregnancy. The sexual education program's evaluation is an important means to improve its quality. **Objectives:** Our objectives are: (i) to compare behaviors and attitudes before and after educational intervention on 12th grade students; (ii) to evaluate the sexual education project's impact in what concerns the knowledge of our target population.

Methodology: Study based on investigation and action, quantitative, applied in a secondary school. Our target population was composed by 96 12th grade students. Data collection was made through a questionnaire, applied in two parts: before the intervention and three months after the intervention. Our intervention consisted on presenting a film and putting it under discussion.

Results: In the first part of the study, 72,9% of the youngsters stated they were in a relationship and in the second part, 80,2. In the first part 24% youngsters referred the use of condoms, and 8,3% the use of both condoms and the pill. Three months after intervention, we realized that 29,6% referred the use of condoms and 5,5% condoms and pill. In what concerns health checkups there was an increase from the initial 38,5% to 43,9%. Students who said they were satisfied with their body image also increased from 64,6% to 65,9%.

Conclusion: Our intervention was effective as there was an increase in health care, condom use and body image satisfaction.

Keywords: Health at school, sexuality, risk behaviors.

1. INTRODUÇÃO

A informação sexual dos adolescentes é habitualmente reduzida e, por vezes, incorreta. Daí ser necessário conhecermos os mitos, tabus e a realidade da sexualidade para podermos intervir nas problemáticas identificadas.

Estudos consultados consideram a valorização dos conhecimentos dos alunos como importante ponto de partida da intervenção sobre sexualidade nas escolas e todos eles salientam a necessidade da abordagem dos afetos e autoestima como precursora de uma boa saúde sexual (Caldeira, 2005; Teixeira, 2006; Fonseca & Machado, 2007; Vilelas, 2009; Ministério da Saúde, 2006).

O Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) valoriza o envolvimento da própria comunidade escolar, de forma a “desenvolver as suas potencialidades salutogénicas”⁷. Por isso, numa ação de promoção da saúde sobre sexualidade, é necessário ir ao encontro dos conhecimentos e das dificuldades dos alunos e desenvolver com eles projetos que contribuam para o seu *empowerment*.

A Lei nº 60/2009 veio estabelecer “a aplicação da educação sexual nos estabelecimentos de ensino básico e ensino secundário” (Kay & Rachel, 2006).

Esta Lei estabelece uma parceria entre o Ministério da Saúde e o da Educação o que corresponsabiliza profissionais das duas áreas para a intervenção em conjunto de forma planeada e transversal, de modo a contribuir para cumprir os objetivos delineados no PNSE.

A Portaria 196-A/2010 veio ainda orientar o cumprimento da Lei sublinhando o esclarecimento do conceito atual de Educação para a Saúde como tendo “subjacente a ideia de que a informação permite identificar comportamentos de risco, reconhecer os benefícios dos comportamentos adequados e suscitar comportamentos preventivos.” Atribui as horas destinadas a cada ciclo de ensino e orienta para os temas a serem abordados onde inclui valores como a família, o abuso e a parentalidade além dos aspetos técnicos como os métodos contracetivos, infeções sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência (Bento, Carrara, & Pantaleão, 2005).

Traçámos como objetivos para este estudo comparar os comportamentos e atitudes antes e após a intervenção educativa nos estudantes do 12º ano de uma escola do concelho da Figueira da Foz; avaliar o impacto deste projeto de educação sexual a nível dos conhecimentos da população alvo.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo de investigação, do tipo quantitativo. Foi realizado numa escola secundária do Concelho da Figueira da Foz, no ano letivo de 2010/2011, sendo a população alvo composta por 96 alunos do 12º ano que não tinham sido abrangidos por intervenções anteriores. Foi utilizada a técnica de amostragem acidental de conveniência sendo a amostra de base populacional.

A recolha de dados foi realizada através da aplicação de um questionário composto por questões 15 fechadas e por dezasseis perguntas abertas. As primeiras pretendiam colher os dados pessoais e as restantes que pretendiam conhecer a opinião dos jovens sobre a sua autoimagem, atividade física, hábitos alimentares, consumos nocivos, atividade sexual, uso de contraceção e vigilância de saúde. A validade do instrumento de colheita de dados foi verificada pela aplicação de pré-teste a uma amostra não incluída na população alvo.

A recolha de dados decorreu de fevereiro a maio, em duas fases: uma primeira, anterior à intervenção e outra três meses após a mesma. A intervenção constou da visualização de um filme e respetivo debate e da abordagem dos temas: autoimagem, métodos contraceptivos, infeções sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência e vigilância de saúde.

Na segunda fase, em maio, decorreu a aplicação do mesmo questionário sem qualquer intervenção. Os dados recolhidos através dos questionários foram introduzidos numa base de dados informatizada e submetidos à análise estatística, descritiva com recurso ao sistema informático SPSS versão 16.0.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população é constituída por 96 alunos, sendo 52 do sexo feminino e 44 do sexo masculino. A média de idade dos jovens situa-se nos 18 anos sendo a mais frequente os 17 anos.

Na primeira fase, a distribuição dos inquiridos pela satisfação com a imagem corporal foi de 64,6% e na segunda fase foi de 65,9%.

Relativamente à distribuição dos inquiridos se têm ou tiveram uma relação afetiva, verificámos que na primeira fase a percentagem foi 26,1% e na segunda fase foi 80,2%.

Quanto à distribuição dos inquiridos com vida sexual ativa, na primeira fase, 44,8% responderam “sim”, e na segunda fase 47,3% afirmaram “sim”. Quanto ao número de parceiros 39,5% dos jovens referiram ter um parceiro e 13,9% “mais de dois parceiros” (fase 1), após a intervenção 30,3% dos jovens referiram ter um parceiro e a mesma percentagem “mais de dois parceiros”.

A média de idade da primeira relação sexual nesta amostra foi “17 anos”, 13,5%, contrariando os resultados de outro estudo que aponta para os 14 nos rapazes e 15 nas raparigas (WHO, 2010).

Na fase 1 do estudo 53,5% dos jovens referiram utilizar “preservativo”, seguido de 20,9% que utilizam “preservativo e pílula” e a mesma percentagem não utiliza qualquer método. Três meses após a intervenção verificámos que 62,8% referiram utilizar “preservativo”, 13,9% “pílula e preservativo” e 7% “não utiliza nenhum método”. Outro trabalho científico revela que o preservativo também é o método contraceptivo mais utilizado pelos jovens e sublinha ainda a alta percentagem de jovens que não utilizam qualquer método (WHO, 2010).

Em relação à vigilância de saúde verificamos que este valor passou de 33,3% (fase 1) para 43,9% na segunda fase. Este valor, embora reduzido está de acordo com outros estudos consultados que justificam com o não sentirem necessidade, falta de informação e dificuldade de acesso. Esta poderá ser uma justificação para a importância das intervenções em saúde escolar como um contributo na

melhoria da informação dos recursos de saúde disponíveis na comunidade e na mudança de atitude da população em estudo para com a vigilância de saúde (WHO, 2010).

O mesmo estudo salienta que a educação sexual das escolas não antecipa o início das relações sendo um fator de adiamento e está associada a comportamentos preventivos, o que está de acordo com outros autores que salientam a importância da abordagem da sexualidade nas escolas como um meio de melhorar a saúde dos jovens (Vilar, & Ferreira, 2010).

4. CONCLUSÃO

A lei nº 60/2009, incentiva o trabalho em rede multissetorial e multisectorial de modo a contribuir para o cumprimento dos objetivos delineados no PNSE. Este programa deve continuar a ser desenvolvido nas escolas, contribuindo para que os jovens vivenciem a sua sexualidade de uma forma saudável.

Podemos verificar ganhos em saúde com este tipo de intervenção, tais como um aumento de 10,6% da vigilância de saúde, um aumento 10% no uso do preservativo e uma ligeira melhoria da satisfação da imagem corporal.

Estes resultados vêm demonstrar que há vantagens na intervenções realizadas em contexto escolar nos vários grupos, em diferentes níveis de ensino uma vez que, embora com ligeiras melhorias, há ganhos em saúde.

Pretendemos continuar o desenvolvimento deste projeto nos próximos anos letivos seguindo a mesma metodologia de modo a aumentar a representatividade da amostra.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) BENTO, I. C.B.; CARRARA, G. L. R.; PANTALEÃO, S. A. (2005) . Orientação sexual para adolescentes: sexo e sexualidade. Consultado em abril, 2010, em <http://www.fafibe.br/revistaonline/arquivos/isabel_orientacaosexualparaadolescentes.pdf>.
- (2) CALDEIRA, E. C. (2005). Comportamentos sexuais dos adolescentes. *Servir*. 1, 29-39.
- (3) FONSECA, E. B. M.; MACHADO, A. J. B. B. (2007). As competências afectivo/emocionais na vivência da sexualidade dos adolescentes. *Sinais Vitais*, 72, 25-27.
- (4) KAY, Wellings; RACHEL, Parker (2006). *Sexuality Education in Europe. The SAFE Project. IPPF European Network*
- (5) LEI nº 60/2009. D.R.I Série. 151(2009-8-4) 5097-5098
- (6) MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa.
- (7) PORTARIA nº 196-A/2010. D.R. I Série. 69 (2010-04-09) 1170-(2)-1170(4).
- (8) TEIXEIRA, J.M. (2006). A nova sexualidade. 1, 7-9.
- (9) VILAR, Duarte; FERREIRA, Pedro Moura (2010). A educação sexual dos jovens portugueses: conhecimentos e fontes. Consultado em agosto em www.acs.min-saude.pt/files/2010/06/apf1.pdf
- (10) VILELAS, J. (2009). A influência da família e da escola na sexualidade do adolescente. Coimbra: Formasau.
- (11) WHO (2010). Consultado em abril 2010, em http://search.who.int/search?access=p&entqr=0&output=xml_no_dtd&sort=date%3AD%3AL%3Ad1&Search=Search&ie=utf8&lr=lang_en&client=WHO&q=education+and+treatment+in+sexuality&sitesearch=&ud=1&sitem=collection&oe=UTF-8&proxystylesheet=WHO&ip=81.193.247.119&start=150

ATITUDES FACE À SEXUALIDADE DOS ALUNOS DO 3º CICLO DO ENSINO BÁSICO

ATTITUDES TOWARDS SEXUALITY OF THE PUPILS OF THE 3RD CYCLE OF BASIC EDUCATION

Daniela Teixeira¹; Paula Nelas²; Graça Aparício²; João Duarte²

¹ Enfermeira Especializada em SIP da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Tabuaço; Mestre em Enfermagem de SIP / daniela_teixeira47@hotmail.com

² Docentes Escola Superior de Saúde de Viseu / Instituto Politécnico de Viseu / PNELAS@GMAIL.COM; gaparicio5@hotmail.com; DUARTE.JOHNNY@GMAIL.COM.

RESUMO

Enquadramento: Numa sociedade em crescente transformação de valores e padrões culturais, são inúmeros os desafios que se colocam aos adolescentes, em particular na área da sexualidade, e estes podem levar a adoção de atitudes e condutas sexuais com implicações na sua saúde.

Objetivos: Identificar as atitudes face à sexualidade e analisar as relações existentes entre as atitudes face à sexualidade e as variáveis sócio-demográficas e as vivências da sexualidade dos alunos do 3º ciclo do ensino básico das escolas do Concelho de Tabuaço e Fundão. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal, com uma amostra não probabilística por conveniência de 545 alunos (262 rapazes e 283 raparigas), idade média de 13,95 anos. O protocolo de avaliação inclui um questionário que permite fazer a caracterização sócio-demográfica e as vivências da sexualidade e ainda a Escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes (Nelas, Silva, Ferreira, Duarte e Chaves, 2010). **Resultados:** Na amostra, 12,7% já teve relações sexuais, sendo que 43,1% iniciou-as aos 14 anos, com os rapazes a começarem mais cedo a prática sexual. A maioria (46,6%) apresenta atitudes favoráveis face à sexualidade e 40,4% atitudes desfavoráveis. Os alunos do sexo feminino, com 14 anos, residentes na cidade e que ainda não iniciaram a atividade sexual apresentam atitudes mais favoráveis face à sexualidade. **Conclusão:** Face aos resultados obtidos é essencial que os fatores que influenciam as atitudes face à sexualidade sejam tidos em conta na implementação de programas de educação sexual no 3º ciclo do ensino básico.

Palavras-chave: *Alunos, atitudes, sexualidade, educação sexual.*

ABSTRACT

Framework: In a society in increasing transformation of values and cultural standards, the adolescents have many challenges to deal with, in particular in the sexuality's area, and these could lead to an adoption of attitudes and sexual behaviours with impact in its health. **Objectives:** To identify the attitudes regarding to the sexuality and also to analyse the relations between the attitudes regarding to the sexuality and the socio-demographic variations and the experiences of the sexuality of the pupils in the 3rd school year in the schools of the town hall of Tabuaço and Fundão.

Methods: It handles about a quantitative study, descriptive-correlational and transversal with a non-probabilistic sample by convenience of 545 pupils (262 boys and 283 girls), on average age of 13,95 years old. The evaluation's protocol includes a questionnaire, which allows to do the socio-demographic characterization and the experiences of the sexuality and also the scale of the attitudes regarding to the sexuality in adolescents (Nelas, Silva, Ferreira, Duarte and Chaves, 2010).

Results: In the sample, 12,7% have already had sexual relations, being that 43,1% began at the age of 14 years old, in which the boys started earlier their sexual relations. The majority (46,6%) presents favorable attitudes regarding to the sexuality and 40,4% unfavorable attitudes. The female pupils, with 14 years old, living in the city and has not yet initiated the sexual activity have more favorable attitudes according to the sexuality. **Conclusion:** According to the final results, it is important that the factors, which influence the attitudes regarding to the sexuality, must be taken into account on the implementation of the sexual educational programs in the third cycle of basic education.

Keywords: *Pupils, attitudes, sexuality, sexual education.*

1. INTRODUÇÃO

A educação é uma componente essencial à socialização do ser humano que condiciona a sua evolução e a forma como fará parte da sociedade. Apesar de reconhecida a importância da educação sexual nas escolas, mantendo-se um tema de discussão nos últimos anos, pode afirmar-se que, ainda hoje, não se encontram consensos sobre a melhor forma de a pôr em prática.

Em Portugal, as políticas de Saúde e Educação sofreram recentes alterações. Na atualidade, a educação para a saúde e em particular a educação sexual têm merecido particular atenção por parte da sociedade portuguesa, estabelecendo a Lei nº 60/2009, de 6 de agosto regulamentada pela portaria nº 196-A/2010, de 9 de abril, a obrigatoriedade da educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino secundário. Efetivamente, o progressivo assumir de responsabilidades pela escola "(...) enquanto agente de educação, evidencia-se na difícil e delicada questão dos comportamentos tendentes a preservar e defender a Saúde", nomeadamente em áreas como a sexualidade (Ventura, 2001, p.26).

Na adolescência, a par do desenvolvimento físico associam-se transformações de âmbito psicossocial-cultural da maior importância para a estruturação da personalidade do adolescente e para a sua relação com o mundo. De acordo com Rena (1996), nesta fase, o indivíduo é chamado pela sociedade, pela família e por si mesmo, a dar respostas às perguntas fundamentais da sua existência, e entre estas, inevitavelmente, encontram-se aquelas que se referem à sexualidade. Efetivamente, a sexualidade faz parte do conjunto de transformações que caracterizam este período de vida, tornando-se "a sexualidade num dos aspetos fundamentais da vida do adolescente, daí que se gere nele sentimentos de curiosidade, ansiedade, fantasia e medo" (Sousa & Ferreira, 2003, p.36). De acordo com Nodin (2001, p.13) "a sexualidade é uma área de grande importância no desenvolvimento dos indivíduos, uma vez que se refere ao modo como cada um se relaciona consigo próprio e com os outros, na procura de amor, contacto e intimidade". A sexualidade está ligada aos sentimentos e às emoções, às ações e interações, ao corpo e à forma de estar em relação a ele e influencia a saúde física e mental. A vivência da sexualidade integra uma componente biológica associada ao corpo; uma componente relacional ligada às relações, comunicação e compromissos; uma componente ética e sociocultural que inclui as escolhas e responsabilidades da vida sexual sob

influência de valores culturais e uma componente psicológica que se associa às emoções, sentimentos e atitudes. Por isso, deve-se entender a sexualidade como um conceito global, dado que abrange dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais, que evoluem ao longo de toda a vida do indivíduo.

Deste modo, cada pessoa vive a sexualidade de forma diferente de acordo com a educação recebida pela família, pelos amigos, pela escola, pelo local onde vive, pelos meios de comunicação, entre outros, interferindo esta experiência na construção da personalidade da pessoa e, portanto, na sua saúde. De acordo com Fernandes e Anastácio (2010, p.454) “O conteúdo alvo da educação sexual é a sexualidade humana sendo a sexualidade diferente de «sexo» e de «comportamentos sexuais»”. A educação sexual “não é ensinar a ter uma relação sexual, mas sim educar o adolescente e responsabiliza-lo pelos seus atos” (Gonçalo, 2002 citado por Fonseca & Machado, 2007, p.25). Efetivamente, a educação sexual é um contributo importante para a formação harmoniosa do aluno, bem como para a promoção da saúde sexual, na formação da personalidade, na socialização e na formação de um conjunto de atitudes e valores pessoais e morais.

Inegavelmente, a literatura vem enfatizando que os pares exercem influência no comportamento sexual dos adolescentes. A influência dos pares é moldada pelo próprio significado atribuído culturalmente à sexualidade, no qual aos homens cabe o papel de não resistir ao impulso sexual e às mulheres cabe o papel de controlar os seus impulsos, ou ao menos cedê-los apenas às pessoas com as quais têm vínculos afetivo-amorosos (Borges, 2009).

Um dos aspetos mais representativos do relacionamento afetivo – sexual na adolescência é o namoro. Além de ser a relação afetiva mais comum esperada nesse grupo, é em tal contexto que, geralmente, ocorre o início da vida sexual (Borges, 2009). A aproximação ao sexo oposto a par da maturação do sistema sexual conduz às primeiras relações amorosas, por vezes acompanhadas das primeiras experiências sexuais. Além disso, numa sociedade em crescente transformação de valores e padrões culturais convive-se com a realidade de uma iniciação sexual cada vez mais precoce entre os adolescentes. Como refere Reis e Matos (2008, p.71) “Diversos estudos, realizados no âmbito dos comportamentos sexuais, consideram os jovens um grupo prioritário de intervenção” (Almeida et al., 1996; Nodin, 2001) devido ao início da atividade sexual ser cada vez mais cedo (Lindsay et al., 1997; Nodin, 2001), à duração dos relacionamentos, à existência de parceiros ocasionais e ao uso inconsistente dos métodos contraceptivos e do preservativo (Beadnell et al., 2005; Brook et al., 2006). Os estudos da Associação para o Planeamento da Família indicam que cerca de 23% da população jovem Portuguesa se inicia sexualmente com menos de 16 anos, 70% tem a sua primeira relação sexual até aos 18 anos inclusive, e cerca de 24% dos adolescentes não utiliza os contraceptivos de forma consistente (Nodin, 2001). Uma outra investigação realizada em Portugal, pelo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS), numa amostra de 3634 jovens, que frequentavam o 8º ano e 10º ano de escolaridade, verificou-se que 23,7% refere já ter tido relações sexuais, sendo a percentagem de rapazes (33,3%) superior à das raparigas (15%) e a idade média da primeira relação sexual para a maioria foi aos 13 anos ou mais tarde (56,8%), observando-se que os rapazes iniciam a vida sexual, entre os 12 e 13 anos (29,5%) e as raparigas iniciam aos 13 anos ou mais tarde (79,3%) (Matos et al., 2003 citado por Reis & Matos, 2008). Num estudo realizado por Casteleiro et al. (2007), numa amostra de 232 alunos do 2º e 3º ciclos, constataram que a média de idade da primeira relação sexual é de 14 anos e os elementos do sexo masculino iniciam a sua vida sexual em maior número que os do género feminino (25,8% e 15,8% respetivamente), mas em contrapartida os elementos do género feminino iniciam a sua vida sexual mais cedo (11 anos). Num

estudo recente efetuado por Anastácio (2010), numa amostra de 118 adolescentes do 9º ano, concluiu que 16,7% são sexualmente ativos no final do ensino básico.

O despertar para a sexualidade é cada vez mais precoce” (...) mas as consequências de um início prematuro e irrefletido na vida sexual podem ser catastróficas a vários níveis” (Fonseca & Machado, 2007, p.25). Na verdade, a conduta sexual dos jovens pode ter implicações consideráveis na sua saúde. Neste sentido, as atitudes pessoais relativas a aspetos mais específicos da sexualidade revestem-se de particular importância na saúde dos indivíduos. As atitudes podem assumir diversos significados ao nível do senso comum, servindo tanto para caracterizar uma postura física como designar orientação do pensamento ou um determinado comportamento (Nodin, 2001). As atitudes sobre a sexualidade, podem ser entendidas como um hardware que orienta os comportamentos nesse campo, pelo que diferentes atitudes estarão na base de diferentes padrões de comportamento sexual, nomeadamente no que diz respeito à adoção de comportamentos de risco (Mcguire, 1986; Vilar, 2003 citado por Pontes, 2011). Como a atitude não é fixa e tem mais a ver com as tendências do comportamento do indivíduo, mudar as atitudes permite modificar o comportamento (Leyenes, Yzerbyt, 1997 citado por Cossermelli, 2007). Mas seja como for, ao conhecer a estrutura da atitude torna possível uma melhor compreensão de determinados comportamentos sexuais dos adolescentes e consequentemente uma intervenção formativa mais adequada e direcionada.

Pelo exposto, e consciente destes factos, torna-se indispensável que se conheça as atitudes dos adolescentes face à sexualidade de forma a implementar programas de Educação para a Saúde e para a sexualidade ajustados à realidade da nova forma de viver a sexualidade na adolescência, dentro do que é preconizado a nível nacional, no sentido da promoção de aptidões sócio-individuais, adoção de comportamentos saudáveis caminhando para a vivência de uma sexualidade harmoniosa, responsável e segura. É neste enquadramento que emerge a temática do estudo “ Atitudes face à sexualidade dos alunos do 3º ciclo do ensino básico”.

Partindo dos pressupostos anteriores, são elaboradas as seguintes questões de investigação:

- Quais as atitudes face à sexualidade dos alunos do 3º ciclo do ensino básico das escolas do concelho de Tabuaço e Fundão?
 - Qual a influência das variáveis sócio-demográficas e das vivências da sexualidade nas atitudes face à sexualidade dos alunos do 3º ciclo do ensino básico das escolas do concelho de Tabuaço e Fundão?
- Assim, no delinear da pesquisa, para dar resposta às questões formuladas, emergem os seguintes objetivos: identificar as atitudes face à sexualidade dos alunos do 3º ciclo do ensino básico das escolas do Concelho de Tabuaço e Fundão e analisar as relações existentes entre as atitudes face à sexualidade e as variáveis sócio-demográficas e as vivências da sexualidade dos alunos do 3º ciclo do ensino básico das escolas do Concelho de Tabuaço e Fundão.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A presente investigação insere-se num estudo quantitativo, transversal e do tipo descritivo-correlacional de forma a atingir os objetivos pré-definidos, ou seja, descrever e analisar variáveis que influenciam as atitudes face à sexualidade dos alunos do 3º ciclo. Para este estudo recorreu-se a uma amostragem não probabilística por conveniência, constituída pelos alunos que frequentavam no ano letivo 2010/2011, o 3º ciclo do Ensino Básico, tendo participado 545 alunos, distribuídos pelo Agrupamento de Escolas Serra da Gardunha, Agrupamento de Escolas de João Franco, Agrupamento

de Escolas Terras do Xisto do concelho do Fundão e Agrupamento de Escolas de Tabuaço do concelho de Tabuaço.

Tendo em conta a natureza da metodologia científica, as questões de investigação, objetivos do estudo e amostra a estudar, optou-se por utilizar um instrumento de recolha de dados constituído por um questionário e pela “Escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes” (Nelas, Silva, Ferreira, Duarte & Chaves, 2010). O questionário utilizado faz parte do Projeto de Investigação “Monitorização de Indicadores de Saúde Infanto-Juvenil: Impacto na Educação para a Saúde”, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia e inclui 4 questões que permitem fazer uma caracterização sócio-demográfica e 11 questões relacionam-se com as vivências da sexualidade dos alunos. O instrumento que se designa por “Escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes” é uma escala que procura analisar as atitudes dos adolescentes face à sexualidade. É constituída por 26 itens, cada item possui uma escala ordinal tipo Likert, com cinco alternativas de resposta a que correspondem as seguintes pontuações: 5 pontos - concordo totalmente; 4 pontos – concordo muito; 3 pontos – nem concordo, nem discordo; 2 pontos – discordo muito; 1 ponto – discordo totalmente. Os itens 1, 2, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 22, 23 e 24 são cotados inversamente. Quanto maior é a pontuação obtida, mais favoráveis são as atitudes dos adolescentes face à sexualidade. Mediante os resultados obtidos, é possível identificar três grupos de corte para as Atitudes face à sexualidade - Desfavoráveis, Indiferentes e Favoráveis (valor médio ± 0.25 dp): Desfavorável = $\leq M - 0.25$ dp; Indiferente = $\geq M - 0.25$ dp $\geq M \leq M + 0.25$ dp; Favorável = $\geq M + 0.25$ dp.

Optou-se por utilizá-la como escala unifactorial pela relevância conceptual e pela importância que tem enquanto constructo, como é referido pelos autores da escala.

No respeito pelos princípios éticos, foi necessário efetuar um conjunto de procedimentos para a oficialização e cumprimento dos requisitos que lhe estão subjacentes e que compreendeu várias fases distintas. Numa primeira fase, foi solicitada autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados à Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, que foi deferido com parecer favorável. Numa segunda fase, foi pedida autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados aos Conselhos Diretivos das escolas, tendo sido concedida. Dada a necessidade de se obter autorização para a participação dos alunos, fez-se chegar aos pais/encarregados de educação um termo de consentimento informado. Os alunos que não apresentaram o termo de consentimento informado devidamente autorizado foram excluídos do estudo. Os professores, pais e alunos foram previamente informados das finalidades do estudo e da garantia da confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes. Os questionários foram entregues aos participantes e preenchidos em sala de aula, sob supervisão de um docente.

O tratamento estatístico iniciou-se com a colheita de dados prolongando-se até a análise e interpretação dos resultados através da análise estatística descritiva e inferencial. Os dados obtidos foram tratados informaticamente, utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), 19.0, ambiente Windows, para a elaboração da base de dados, da folha de cálculo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O contexto sócio-demográfico, as vivências sexuais e as atitudes face à sexualidade individuais ou coletivas apresentadas pelos alunos desta amostra são as mais diversificadas, variando de acordo com uma série de fatores.

Dos 545 alunos do 3º ciclo do ensino básico, que constituem a amostra respondente, 262 (48,1%) pertencem ao sexo masculino e 283 (51,9%) ao sexo feminino.

Neste estudo, pela leitura da tabela 1, os resultados estatísticos provenientes da aplicação da escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes revelam um valor mínimo de 62 e um máximo de 110, sendo a média de 88,12 e um desvio padrão de 8,523. Constatase que o score médio das atitudes face à sexualidade no sexo masculino é de 86,09 ($\pm 8,835$). No sexo feminino, o score médio das atitudes face à sexualidade é de 90,01 ($\pm 7,776$). Por conseguinte, no que diz respeito ao sexo masculino e feminino verificam-se diferenças altamente significativas ($p=0,000$).

Tabela 1 – Estatísticas relativas às atitudes face à sexualidade em função do sexo dos alunos

<i>Atitudes</i> <i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	$\bar{X}$	<i>Dp</i>	<i>CV(%)</i>	<i>SK/ERRO</i>	<i>K/ERRO</i>	<i>K/S</i>
Masculino	262	62	110	86,09	8,835	10,26	-0,32	-0,69	0,022
Feminino	283	70	110	90,01	7,776	8,64	-1,18	-1,22	0,017
Total	545	62	110	88,12	8,523	9,67	-1,68	-1,16	0,001

Com o objetivo de ilustrar as atitudes face à sexualidade que caracterizam esta amostra, estabeleceu-se pontos de corte a partir da média (88,12) com valor médio ± 0.25 dp: Atitudes Desfavoráveis (≤ 86); Atitudes Indiferentes ($> 87 \leq 89$) e Atitudes Favoráveis (> 90).

Pela análise da tabela 2, verifica-se que a maioria dos alunos da amostra (46,6%) tem atitudes favoráveis face à sexualidade, sendo secundada pelos que apresentam atitudes desfavoráveis (40,4%). Também se observa que 13,0% dos alunos apresentam atitudes indiferentes face à sexualidade, apresentando este ponto de corte valores muito similares para ambos os sexos. Também se constata que a maior parte das raparigas (55,8%) têm atitudes favoráveis face à sexualidade, enquanto a maioria dos rapazes (49,2%) apresenta atitudes desfavoráveis face à sexualidade, pelo que as diferenças estatísticas entre os sexos se revelam altamente significativas ($\chi^2=21,046$; $p=0,000$) como se verifica na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos alunos em função das atitudes face à sexualidade

<i>Atitudes</i> <i>Sexo</i>	<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>		<i>Total</i>		<i>Residuais</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Masc.</i>	<i>Fem.</i>
Desfavoráveis	129	49,2	91	32,2	220	40,4	4,1	-4,1
Indiferentes	37	14,1	34	12,0	71	13,0	0,7	-0,7
Favoráveis	96	36,6	158	55,8	254	46,6	-4,5	4,5
Total	262	100,0	283	100,0	545	100,0		

Os resultados encontrados neste estudo aproximam-se do estudo de Nelas, Silva, Ferreira, Duarte e Chaves (2010), numa amostra de 840 adolescentes com idade média de 14,4 anos, verificando que a maioria dos adolescentes (43,1%) apresenta atitudes favoráveis, seguida de 36,9% com atitudes desfavoráveis e, por fim, 19,3% apresentam atitudes indiferentes face à sexualidade. Similarmente, nesse estudo as raparigas (46,9%) têm atitudes mais favoráveis face à sexualidade comparativamente ao sexo oposto (41,0%). Como afirma Miguel (1989, citado por Sousa & Ferreira, 2003, p.36), “Os papéis sexuais imprimem-se de modo diferente nos rapazes e nas raparigas”, influenciando a forma como cada adolescente, rapaz ou rapariga, vive a sua sexualidade. Efetivamente, os papéis atribuídos a cada um dos sexos são socialmente construídos no seio cultural

e incorporados pelo indivíduo através do processo de socialização, o que poderá justificar esta postura tão marcada entre os sexos. De facto, o sexo implica atitudes comportamentais sexuais diferentes, associados porventura a questões biológicas, psicossociais e culturais.

No que se refere à idade dos participantes constituintes da amostra, esta oscila entre um mínimo de 12 e um máximo de 18 anos, verificando-se que a média de idades é de 13,95 anos, com um desvio padrão de 1,25 anos. Contudo, os rapazes são em média mais velhos ($\bar{X}$ =14,07 anos) que as raparigas ($\bar{X}$ =13,83 anos). O grupo etário mais representativo foi o dos alunos com idade inferior ou igual a 13 anos (37,1%), seguido de 32,1% dos alunos com 14 anos e 30,8% dos alunos com idade igual ou superior a 15 anos.

Com o intuito de verificar a influência que a variável idade tem sobre as atitudes face à sexualidade dos alunos do 3º ciclo, utilizou-se o teste da análise da variância (ANOVA). A sua utilização permitiu, através da análise da tabela 3, observar que os alunos com 14 anos apresentam atitudes mais favoráveis face à sexualidade ($\bar{X}$ =90,17) que os alunos com idades situadas abaixo dos 13 anos ($\bar{X}$ =87,28) ou acima dos 15 anos ($\bar{X}$ =87,01) e explica 2,75% da variância. Pela aplicação do teste Post Hoc – HSD, verificam-se valores bastante significativos entre o grupo etário dos 14 anos e o grupo etário situado abaixo dos 13 anos ($p=0,003$) e o grupo etário situado acima dos 15 anos ($p=0,002$) que registam as médias mais baixas.

Tabela 3 – Teste ANOVA entre o grupo etário e as atitudes face à sexualidade

Grupo Etário	$\bar{X}$	Dp	F	p	% VE	Post Hoc		
						1vs2	1vs3	2vs3
≤ 13	87,28	7,955				0,003	0,947	
14	90,17	8,188	7,664	0,001	2,75			0,002
≥ 15	87,01	9,171						

Também o estudo de Nelas, Silva, Ferreira, Duarte e Chaves (2010), demonstra que os mais velhos (idade superior a 16 anos) têm atitudes mais desfavoráveis face à sexualidade, ainda que nessa investigação não tenha sido encontrada influência significativa da idade nas atitudes face à sexualidade dos adolescentes. Os contrastes significativos encontrados nesta investigação entre os grupos etários e as atitudes face à sexualidade podem estar relacionados com os diferentes estádios de desenvolvimento da adolescência em que os alunos se encontram nesta fase da vida. As diferenças observadas nas atitudes face à sexualidade entre os adolescentes com 14 anos e as demais faixas etárias confirmam a necessidade pedagógica de uma intervenção nesta etapa de desenvolvimento que favoreça uma revisão crítica em assuntos de sexualidade. Educar para a sexualidade responsável desde tenra idade irá contribuir decerto para o desenvolvimento da capacidade de decisão pessoal dos alunos sobre os comportamentos e atitudes face à sexualidade. São vários os estudos que referem a necessidade de se realizar a prevenção dos comportamentos sexuais de risco o mais cedo possível, uma vez que o envolvimento em comportamentos de risco aumenta com a idade (Beadnell et al., 2005; Brook et al., 2006 citado por Matos et al., 2009).

No que diz respeito à zona de residência, os alunos vivem maioritariamente na aldeia (53,1%), seguindo-se os que habitam na cidade (30,1%) e na vila (16,9%). Com a finalidade de avaliar a influência que a variável zona de residência tem sobre as atitudes face à sexualidade dos alunos do 3º ciclo, utilizou-se o teste *Kruskal-Wallis*. Pela análise da tabela 4, observa-se que os alunos

residentes na cidade apresentam atitudes mais favoráveis face à sexualidade (OM=307,43), secundados pelos que vivem na aldeia (OM=261,11) e, por último, na vila (OM=231,31), com diferenças estatísticas altamente significativas ($\chi^2=15,933$; $p=0,000$).

Tabela 4 – Teste *Kruskal-Wallis* entre a zona de residência e as atitudes face à sexualidade

<i>Zona de residência</i>	<i>Ordenação média</i>	χ^2	<i>p</i>
<i>Aldeia</i>	261,11	15,933	0,000
<i>Vila</i>	231,31		
<i>Cidade</i>	307,43		

Parece crer que a diferente realidade sócio-cultural dos alunos influencia as suas atitudes face à sexualidade. O facto de os alunos residirem na aldeia e vila irá provavelmente condicionar a informação e os recursos a que têm acesso, afetando assim, ainda que indiretamente, as suas atitudes. Mas, para se tirarem conclusões fiáveis seria necessário proceder a uma descrição sócio-demográfica mais detalhada da amostra em estudo, que permita uma visão específica do contexto sócio-cultural em que estão inseridos os alunos com o intuito de perceber a influência que as desigualdades sócio-demográficas têm sobre as atitudes dos adolescentes. Por conseguinte, esta questão fica parcialmente justificada, ficando para um próximo trabalho descobrir os reais motivos para este facto.

No que se refere à experiência sexual, a grande maioria ainda não iniciou a atividade sexual, o que corresponde a 87,3% dos casos, em oposição a 12,7% dos alunos que referem já a ter iniciado (cf. tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos alunos segundo a experiência sexual

<i>Relações sexuais</i>	<i>Sexo</i>		<i>Feminino</i>		<i>Total</i>		<i>Residuais</i>	
	<i>Masculino</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Masc.</i>	<i>Fem.</i>
<i>Não</i>	212	82,5	257	91,8	469	87,3	-3,2	3,2
<i>Sim</i>	45	17,5	23	8,2	68	12,7	3,2	-3,2
<i>Total</i>	257	100,0	280	100,0	537	100,0	-	-

Os resultados encontrados aproximam-se, ainda que com valores percentuais menores, de outros estudos nacionais. Casteleiro et al. (2007) concluiu que quase 20% dos alunos do 9º ano de escolaridade já tiveram relações sexuais. Relativamente a este assunto, o estudo da Associação para o Planeamento da Família indica que cerca de 23% da população jovem Portuguesa se inicia sexualmente antes dos 16 anos (Nodin, 2001). Considerando as diferenças altamente significativas entre sexos ($\chi^2=10,469$; $p=0,001$), são os rapazes (17,5%) que mais frequentemente mencionam ter iniciado a vida sexual comparativamente às raparigas (8,2%) como consta na tabela 5. Estes resultados confirmam as tendências encontradas noutros estudos, nomeadamente pelo HBSC/ OMS (Matos et al., 2003 citado por Reis & Matos, 2008) e por Casteleiro et al. (2007), seria de esperar esta diferença expressiva de resultados entre sexos.

No sentido de estudar a influência da experiência sexual nas atitudes face à sexualidade dos alunos, utilizou-se o teste de U de Mann-Whitney. A sua utilização permite observar, pelos resultados apresentados na tabela 6, que os alunos que ainda não iniciaram a atividade sexual apresentam uma ordenação média mais elevada (OM=276,33) comparativamente aos que já a iniciaram

(OM=218,42). Isto significa que são os alunos que ainda não iniciaram a atividade sexual que apresentam as atitudes mais favoráveis face à sexualidade, com diferença estatística bastante significativa (p=0,004).

Tabela 6 – Teste U de Mann-Whitney entre a experiência sexual e as atitudes face à sexualidade

<i>Relações sexuais</i>	<i>Ordenação média</i>	<i>UMW</i>	<i>p</i>
<i>Não</i>	276,33	12506,500	0,004
<i>Sim</i>	218,42		

Como afirma Fonseca e Machado (2007), o início da atividade sexual nem sempre decorre em condições de maturidade cognitiva e afetivas ideais. Nesta linha de pensamento, Sampaio (2006), salienta que os adolescentes, em especial os que iniciaram a atividade sexual precocemente, vivenciam experiências nem sempre envoltas na afetividade e maturidade, o que pode originar situações de risco físico e psicológico. Estes resultados confirmam estudos anteriores que revelam que são os menos esclarecidos que começam a vida sexual mais precocemente, adotando comportamentos mais promíscuos (Nodin, 2001). Pela leitura dos resultados da tabela 7 relativamente à idade da primeira relação sexual em função do sexo dos alunos, verifica-se que a média de idade desta é de 13,65 anos e a idade mínima e máxima encontradas foram, 9 e 16 anos. Analisando os dados por sexo, observa-se que a média de idades da primeira relação sexual do sexo masculino é de 13,43 anos (±1,56) e que no sexo feminino é de 14,10 anos (±1,09).

Tabela 7 – Estatísticas relativas à idade da primeira relação sexual

<i>Idade da 1ª relação sexual</i> <i>Sexo</i>	<i>N</i>		<i>%</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	$\bar{X}$	<i>Dp</i>	<i>CV(%)</i>	<i>SK/ERRO</i>	<i>K/ERRO</i>	<i>K/S</i>
Masculino	44	16,8	9	16	13,43	1,56	11,61	-1,40	0,94	0,000	
Feminino	21	7,4	12	16	14,10	1,09	7,73	0,10	0,42	0,000	
Total	65	11,9	9	16	13,65	1,45	10,62	-1,97	1,70	0,000	

Através da análise da tabela 8, constata-se que apesar da maioria dos alunos (43,1%) terem tido a primeira relação sexual aos 14 anos (57,1% para o sexo feminino e 36,4% para o sexo masculino); os rapazes (45,5%) mais frequentemente que as raparigas (19,0%) iniciaram aos 13 anos ou mais cedo; e as raparigas (23,8%) mais frequentemente que os rapazes (18,2%) aos 15 anos ou mais tarde. Contudo, as diferenças entre sexos não se revelam estatisticamente significativas ($\chi^2=4,335$; p=0,114).

Tabela 8 – Distribuição da idade da primeira relação sexual em função do sexo

<i>Idade da 1ª relação sexual</i> <i>Sexo</i>	<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>		<i>Total</i>		<i>Residuais</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Masc.</i>	<i>Fem.</i>
<i>13 anos ou menos</i>	20	45,5	4	19,0	24	36,9	2,1	-2,1
<i>14 anos</i>	16	36,4	12	57,1	28	43,1	-1,6	1,6
<i>15 anos ou mais</i>	8	18,2	5	23,8	13	20,0	-0,5	0,5
<i>Total</i>	44	100,0	21	100,0	65	100,0		

Estes resultados assemelham-se ao encontrado no estudo de Anastácio (2010), verificando que 50% dos sexualmente ativos afirmaram ter iniciado a atividade sexual aos 14 anos. Em contrapartida, comparando os valores obtidos neste trabalho com os resultados do estudo de Ramos et al. (2008) realizado em Matosinhos, numa amostra de 1792 adolescentes com idade média de 15,2 anos, verifica-se uma discrepância dos valores percentuais no que concerne à experiência sexual na faixa etária dos 14 anos, evidenciando a referida investigação que nesta idade, apenas 4,5% dos adolescentes teriam experienciado relações sexuais coitais. De acordo com os dados obtidos, confirma-se a ideia de que tradicionalmente, os rapazes têm a sua primeira relação sexual mais cedo que as raparigas. Tendências também confirmadas por vários estudos que revelam que são os rapazes a iniciarem-se sexualmente primeiro que as raparigas, sem alteração significativa da idade da primeira relação sexual (Nodin, 2001). Pode verificar-se pela literatura que a pressão por parte dos colegas leva muitas vezes, o adolescente a iniciar a sua vida sexual, que acontece, geralmente, de uma forma não programada e para a qual ainda não estão preparados.

Face aos resultados acima expostos, considerou-se pertinente estudar o efeito que a variável idade da primeira relação sexual tem sobre as atitudes face à sexualidade dos alunos que já iniciaram a atividade sexual. Após a aplicação do teste Kruskal-Wallis, verifica-se que na amostra em estudo, as idades de início da atividade sexual apresentam valores aproximados de ordenação de médias, pelo que não traduzem diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=1,401$; $p=0,496$) como consta na tabela 9.

Tabela 9 – Teste *Kruskal-Wallis* entre a idade da primeira relação sexual e as atitudes face à sexualidade

<i>Idade da 1ª relação sexual</i>	<i>Ordenação média</i>	χ^2	<i>p</i>
≤ 13	35,52	1,401	0,496
14	33,23		
≥ 15	27,85		

Os resultados do presente estudo demonstram a influência das variáveis sócio-demográficas (sexo, idade e zona de residência) e da experiência sexual nas atitudes face à sexualidade dos alunos do 3º ciclo do ensino básico. Em síntese, julga-se que os resultados obtidos possam constituir um contributo para a compreensão de alguns fatores que influenciam as atitudes face à sexualidade dos alunos do 3º ciclo do ensino básico.

4. CONCLUSÃO

Efetivamente, a sexualidade é atualmente um tema chave enquadrado no contexto de um conceito mais abrangente de saúde, onde se cruzam assuntos fundamentais tanto para a saúde pública como individual. Numa sociedade moderna, esta matéria deve ser discutida abertamente e sem tabus. Fica a expectativa de que os resultados deste trabalho também contribuam para aumentar a sensibilidade da comunidade para esta temática. Além disso, irá apresentar-se um conjunto de sugestões que resultam de uma perspetiva crítica à análise dos resultados e se pretende que constituam um contributo para a agenda de mudança que orienta as novas políticas de saúde em matéria da educação sexual dos adolescentes.

Desde o início que houve a noção das dificuldades inerentes a este trabalho, devido à abrangência e complexidade da temática e ao número reduzido de trabalhos de investigação neste domínio. Este trabalho apresenta limitações pelo tamanho da amostra ser pouco significativo para o universo de

alunos do 3º ciclo do ensino básico, não permitindo generalizar os resultados e pelo facto do estudo ser transversal, aplicado num só momento, não permitindo analisar a evolução das atitudes face à sexualidade ao longo do tempo. Contudo, a pesquisa efetuada, os resultados significativos e o processo desenvolvido permitem tirar algumas conclusões e espera-se que possam promover novas investigações.

De facto, é possível verificar que as variáveis sócio-demográficas como sejam o sexo, a idade, a zona de residência e a experiência sexual estão diretamente relacionadas com as atitudes face à sexualidade dos alunos do 3ºciclo do ensino básico.

Perante o conjunto de dados apresentados relativos aos aspetos das vivências da sexualidade dos alunos desta amostra, torna-se mais evidente a necessidade de investimento em programas de educação sexual estruturados e adequados. Por outro lado, a intervenção dos programas formativos não pode ignorar a grande maioria dos alunos que ainda não tiveram estas experiências sexuais. Deste modo, o nosso empenho deve direcionar-se, sobretudo, no sentido de ampliar e aprofundar o conhecimento do mundo dos adolescentes e criar estratégias eficazes e uma intervenção adequada para que estes adolescentes com diferentes experiências se sintam entendidos e valorizados no âmbito de uma vivência educativa harmoniosa e saudável da sexualidade.

Neste contexto, a educação sexual deve caminhar rumo à valorização das dimensões psicológica, ética, afetiva e social do adolescente, estimulando o desenvolvimento de atitudes favoráveis face à sexualidade e promovendo estilos de vida sexual saudáveis. Os adolescentes devem compreender a sua sexualidade no sentido de prevenir possíveis consequências negativas e promover o desenvolvimento saudável da sua personalidade. Assim, o grande desafio da educação da sexualidade é direcionar a educação para a perspetiva das atitudes, dos afetos, da construção da pessoa dando-lhe a possibilidade de vivenciar um projeto de vida consistente que integre valores e uma dimensão ética. Daí que se recomenda a articulação efetiva entre os programas de educação sexual e as políticas de promoção da saúde.

Sem dúvida, que é essencial conhecer o contexto sócio-demográfico dos alunos, a sua vivência sexual, as suas atitudes, a sua realidade que serão úteis na planificação de estratégias formativas a fim de levar a cabo intervenções que visem a aquisição de competências, a capacitação para reflexão e responsabilização com o intuito de proporcionar às novas gerações uma educação sexual clara, aberta, natural e assente em valores e princípios.

Em jeito de sugestão final, e porque a educação sexual é da responsabilidade de todos e não se partilham análises fragmentadas sobre a complexidade de que se revestem os processos conducentes à implementação dos programas de educação sexual em meio escolar, seria necessário pela iniciação desta investigação, perspetivar no futuro novas pesquisas. Objetivando, seria importante uma avaliação dos programas de educação sexual implementados nas escolas e o seu impacto nas atitudes face à sexualidade num estudo longitudinal, no sentido de acompanhar a evolução das recentes mudanças. A conjugação da metodologia qualitativa com a quantitativa também poderá contribuir com resultados mais esclarecedores.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Anastácio, Z. C. (2010). *Sexualidade na fase intermédia da adolescência: relacionamentos, comportamentos e conhecimentos*. Recuperado em 10 março de 2011, de [HTTP://REPOSITORIUM.SDUM.UMINHO.PT/HANDLE/1822/10567](http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/10567).

- (2) Borges, A. (2009). Início da vida sexual. In A. Borges, E. Fujimori, *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica* (pp. 283-302). São Paulo: Manole.
- (3) Casteleiro, C. et al. (2007). Intervenção Formativa na afectividade adolescente: educação para a sexualidade responsável em adolescentes. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 8, 36-39.
- (4) Cossermelli, C. M. M. R. (2007). *Estudo comparativo de crenças e atitudes face à sexualidade de jovens, entre adolescentes e jovens adultos que frequentam uma instituição promotora de formação profissional na RAM*. Dissertação para obtenção do grau de mestre em ciências da terra e da vida, Universidade da Madeira, Funchal. Recuperado em 17 de maio de 2011, de [HTTP://WWW3.UMA.PT/DEFD/INDEX2.PHP?OPTION=COM _DOCMAN&TASK=DOC_VIEW&GID=163&ITEMID=34](http://www3.uma.pt/defd/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=163&itemid=34)>.
- (5) Fernandes, G., & Anastácio, Z. (2010). *Educar para a sexualidade no 1º CEB: concepções de corpo e identidade sexual/género*. Recuperado em 10 março de 2011, de [HTTP://REPOSITORIUM.SDUM.UMINHO.PT/HANDLE/1822/11214](http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/11214).
- (6) Fonseca, E. B. M., & Machado, A. J. B. B. (2007). As competências afectivo/ emocionais na vivência da sexualidade dos adolescentes. *Sinais Vitais*, 72, 25-27.
- (7) Matos, M. G. et al. (2009). Educação sexual em Portugal e em vários países da América Latina. *Psicologia Saúde e Doenças*. 10 (1), 127-147.
- (8) Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família
- (9) Nelas, P.; Fernandes, C.; Ferreira, M.; Duarte, J.; Chaves, C. (2010). Construção e validação da escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes (AFSA). In F. Teixeira (Org.), *Sexualidade e educação sexual: políticas educativas, investigação e práticas* (pp. 180-184). Braga: Edições CIEEd.
- (10) Pontes, A. F. (2011). *Vamos conversar sobre isso?* Recuperado em 10 de março de 2011, de [http://repositorium – aberto. up.pt/handle/10216/24432](http://repositorium-aberto.up.pt/handle/10216/24432).
- (11) Ramos R. D.; Eira, C.; Martins, A.; Machado, A.; Bordalo, M.; Polónia, Z. (2008). Atitudes, Comunicação e Comportamentos Face à Sexualidade Numa População de Jovens em Matosinhos. *Arquivos de Medicina*. 22 (1),3-15.
- (12) Ramos R. D. et al. (2008). Atitudes, Comunicação e Comportamentos Face à Sexualidade Numa População de Jovens em Matosinhos. *Arquivos de Medicina*. 22 (1), 3-15.
- (13) Reis, M., & Matos, M. G. (2008, janeiro/março). Contracepção em jovens universitários portugueses. *Análise Psicológica*. XXVI (1), 71-79.
- (14) Rena, L. C. C. B. (1996). *Projeto adolescer: “concepção de sexualidade dos Adolescentes no interior de Goiás: Consequências para o Processo de reprodução humana” goiás-1992/1995*. Goiás (Brasil): Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás. Recuperado em 17 de maio de 2011, de [HTTP://WWW.ADOLEC.BR/BVS/ADOLEC/P/PDF/ADOLESCER96.PDF](http://www.adolec.br/bvs/adolec/P/PDF/ADOLESCER96.PDF)>.
- (15) Sampaio, D. (2006). *Lavar o Mar: um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Editorial Caminho.
- (16) Sousa, B. L., & Ferreira, S. J. (2003, maio). Atitudes dos Adolescentes face à Sexualidade. *Sinais Vitais*, 48, 35-38.
- (17) Ventura, F. (2001, março/ abril). A Escola e o Professor na promoção da saúde sexual. *Revista Informação Sida e outras doenças infecciosas*, 25, 26-27.

CONCEÇÕES DE ADOLESCENTES DOS 10 AOS 18 ANOS SOBRE EDUCAÇÃO SEXUAL E SEXUALIDADE

YOUNG PEOPLE CONCEPTIONS ON SEXUALITY AND SEX EDUCATION

Susana Marinho ¹; Zélia Anastácio ²

¹ CIEC, Instituto da Educação, Universidade do Minho / PROFMARINHO@GMAIL.COM

² CIEC, Instituto da Educação, Universidade do Minho / ZELIAF@IE.UMINHO.PT

RESUMO

A Lei n.º 60/2009 e a Portaria n.º 196-A/2010 regulamentam a aplicação da Educação Sexual (ES) em meio escolar tornando obrigatória a sua abordagem desde o 1.º Ciclo do Ensino Básico (CEB) até ao Ensino Secundário. Contudo, muitos projetos de ES não consideram as necessidades do seu público-alvo, o que limita a sua eficácia. Neste trabalho procuramos averiguar concepções e necessidades de adolescentes relativamente à ES, para delinear uma intervenção adequada às suas necessidades. Para tal elaborámos um questionário para aplicação a discentes de 2.º e 3.º CEB, de um agrupamento de escolas do concelho do Porto. Para que o questionário se adequasse plenamente aos propósitos desta investigação optámos por ser nós a construí-lo e validá-lo, através de um estudo piloto. Os questionários foram preenchidos *on-line* e os dados obtidos foram tratados estatisticamente recorrendo ao programa informático SPSS. Responderam 397 alunos (192 do sexo feminino e 205 do sexo masculino). A média de idades dos respondentes foi de 13 anos, tendo os mais novos 10 anos e os mais velhos 18. Relativamente à distribuição dos alunos pelos diferentes anos de escolaridade, 85 frequentavam o 5.º ano, 84 estavam no 6.º ano, 55 estudavam no 7.º ano, 95 no 8.º ano e 78 frequentavam o 9.º ano de escolaridade. Obtivemos dados sobre os temas que mais lhes interessam, encontrando relações de dependência significativa entre alguns dos temas apresentados e o sexo dos alunos. Encontramos também diferenças nas respostas dadas pelos alunos de 2.º e de 3.º CEB sobre o papel da escola na ES. Verificámos que as fontes de informação a que os alunos recorrem são variadas e que a preferência por determinadas fontes de informação varia consoante o nível de ensino que estes alunos frequentam, bem como com o género a que pertencem. Pensamos, e temos evidências bibliográficas, que um projeto de ES que considere as necessidades e concepções do seu público-alvo poderá envolvê-lo mais facilmente nas suas atividades.

Palavras-chave: educação sexual, concepções, questionário.

ABSTRACT

The Portuguese Law n.º 60/2009 and the Ministerial Order n.º 196-A/2010 regulates Sex Education (SE) implementation in schools and makes it compulsory from elementary to secondary school levels. However, many SE projects do not consider the needs of their target audience, which limits their effectiveness. In this work we sought to determine youth conceptions and needs on SE, to design a proper intervention. Thus we developed a questionnaire for second and third cycle of

education students from an Oporto school. We chose to build our own questionnaire in order to fit it to our methodology and we validated it with a pilot study. Questionnaire was filled online and data obtained was processed with SPSS statistical software. The questionnaire was responded by 397 students (192 females and 205 males). The average age of the respondents was 13 years. The youngest was 10 years old and the older was 18. Regarding the distribution of students by different school years, 85 of them were at the 5th degree, 84 were in the 6th, 55 were studying at the 7th, 95 in 8th, and 78 were attending the 9th degree. We obtained data about the issues that matter most to them and we found significant dependency relations among some of the presented issues and the gender of students. We found differences in the responses given by students with different ages about the school role in SE. We also found that the students use many sources of information on sexuality and that the preference for certain sources of information varies according students' level of education as well as their gender. We think, and we have bibliographic evidence, that a SE project that considers the needs and the conceptions of its target audience will easily engage students in its activities.

Keywords: sex education, conceptions, questionnaire.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Jones (2011), a política sexual está a mudar a nível global, nacional e mesmo local e esses movimentos afetam os discursos de Educação Sexual (ES) nas políticas educativas. No entanto, para esta autora, as mudanças operadas nem sempre se traduzem num repensar das abordagens da ES e, por vezes, a tendência é seguir por políticas mais conservadoras.

Também em Portugal, a temática da ES em Meio Escolar foi novamente alvo de regulamentação (Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto e Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de abril), a qual voltou a reforçar a sua obrigatoriedade desde o 1.º até ao 12.º ano de escolaridade.

Uma vez que a promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes é um importante contributo para a sua formação pessoal e social e uma vez que estes passam um tempo significativo na escola, esta constitui-se como um lugar privilegiado para a concretização da ES (Ramiro e colegas, 2011). Além disso, no nosso país, optou-se por incluir a ES na área da Educação para a Saúde, o que, segundo o Grupo de Trabalho em Educação Sexual (GTES), não pretende reduzir a sexualidade a uma visão mecanicista, biológica e sanitarista. Antes, procura sublinhar o caráter fenomenológico, holístico e cultural de um conceito abrangente de saúde, tal como tem vindo a ser apresentado e proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde o final da década de 70, quando este conceito se alargou, passando a incluir, “além de aspetos biológicos, questões relacionadas com a perceção de competência e participação na vida social, com a sensação de pertença e apoio do grupo social, atribuindo às relações interpessoais um papel de importância reforçada” (GTES, 2007:6). Assim, a Educação Sexual (ES) deve procurar não só atenuar os comportamentos de risco, tais como a gravidez não desejada e as doenças sexualmente transmissíveis, mas também promover a qualidade das relações interpessoais, a qualidade da vivência da intimidade e a contextualização destas na sua raiz cultural e socio-histórica.

Também na opinião de Vilar e Ferreira (2008), uma melhor ES diminui alguns aspetos negativos na vivência das relações sexuais, proporcionando uma vivência mais gratificante das mesmas. Além disso, tende a estar positivamente associada a alguns comportamentos preventivos e a uma maior

capacidade de pedir ajuda quando necessário. Estes autores acrescentam ainda que a ES não antecipa o início das relações sexuais e tende a ser mesmo fator de algum adiamento.

No entanto, segundo Allen (2007; 2008) há, frequentemente, um hiato entre a percepção da escola sobre a sexualidade dos seus estudantes e as realidades vividas por estes. Isto conduz a que, muitas vezes, os projetos de ES implementados nas escolas sejam elaborados tendo por base a percepção que os adultos têm das necessidades dos jovens, o que nem sempre coincide com as reais necessidades destes. Muitos dos discursos sobre sexualidade, produzidos em meio escolar, podem ser problemáticos, uma vez que, em última análise, servem apenas para não reconhecer os jovens como sujeitos sexuais e, consequentemente, despojá-los da capacidade necessária para cuidar do seu bem-estar sexual. Também Kirby e seus colaboradores (2006) se referem à importância do envolvimento dos jovens na planificação dos projetos de ES de que serão o público-alvo, para que a sua implementação seja eficaz. Mason (2010), num estudo realizado em duas escolas primárias do Reino Unido, concluiu que os alunos de 10 e 11 anos do século XXI requerem uma ES abrangente e interativa, proporcionada através de uma pedagogia flexível que permita às crianças compreenderem as mudanças que enfrentam relativamente aos seus corpos, relacionamentos e sexualidades. Para MacDonald e colegas (2011), os jovens requerem intervenções efetivas, que respondam às suas circunstâncias específicas e necessidades únicas.

Tendo como referência o enquadramento teórico até aqui apresentado procuramos, com este trabalho, averiguar concepções e necessidades de adolescentes dos 10 aos 18 anos relativamente à ES, para delinear uma intervenção em meio escolar adequada às suas necessidades.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para identificar as concepções e as necessidades dos alunos em matéria de ES elaborou-se um questionário para aplicação a discentes de 2.º e 3.º CEB, de um agrupamento de escolas do concelho do Porto. Para que o instrumento de recolha de dados – questionário - se adequasse plenamente aos propósitos desta investigação optámos por ser nós a construí-lo e validá-lo (através de um estudo piloto), considerando as orientações de Ghiglione e Matalon (1993). O teste piloto consistiu na aplicação do questionário a 50 alunos (oito do 5.º, 6.º e 7.º anos de escolaridade, onze do 8º ano e 15 do 9º ano), que frequentavam o agrupamento de escolas onde estava a decorrer a investigação, na presença de uma das investigadoras, que anotou o tempo de resposta ao questionário e as questões colocadas pelos alunos, nomeadamente, palavras, frases e conceitos que estes não percebiam, tendo-as substituído, no questionário final.

O questionário incluiu, assim, questões abertas e questões fechadas, sendo esta opção a mais adequada na obtenção de informação qualitativa para complementar e contextualizar informação quantitativa (Hill & Hill, 2000). O questionário foi disponibilizado para preenchimento *on-line*, contendo no total 26 questões, das quais 20 fechadas e 6 abertas. As questões colocadas abrangiam as seguintes variáveis: ano de escolaridade, sexo, idade, participação em atividades de ES, avaliação e grau de esclarecimento das mesmas, conceito de sexualidade, fontes de informação sobre sexualidade, início da ES em meio escolar, papel da escola na ES, elementos responsáveis pela ES, papel da ES no desenvolvimento de crianças e jovens, temas de sexualidade sobre os quais gostavam de saber mais, autoestima, resiliência e assertividade.

Os dados resultantes do questionário foram tratados estatisticamente (Guiglione & Matalon, 1993), recorrendo ao programa informático SPSS. De modo a encontrar relações entre variáveis recorreu-se ao qui-quadrado e a medidas de associação baseadas no qui-quadrado, nomeadamente ao Phi,

ao C de Pearson e ao coeficiente V de Cramer. Recorreu-se, ainda, ao teste t simultâneo para mais de uma média, uma vez que tendo a nossa escala ordinal mais do que três categorias, podia ser sujeita a tratamento quantitativo.

A amostra abrangeu 397 alunos, dos quais 192 do sexo feminino (48,4%) e 205 do sexo masculino (51,6%). Foi constituída por todas as turmas do 2.º e 3.º CEB do agrupamento de escolas onde se realizou este estudo, com exceção das turmas que integravam os alunos escolhidos para responderem ao teste piloto do questionário. Foi elaborado um cronograma que identificava a turma e a hora a que os alunos deveriam responder ao questionário na sala de informática da escola. Os alunos que faltaram nesse dia ficaram automaticamente excluídos da amostra. Assim, trabalhámos com uma amostra de conveniência.

A média de idades dos respondentes foi de 13 anos, tendo os mais novos 10 anos e os mais velhos 18 anos. Relativamente à distribuição dos alunos pelos diferentes anos de escolaridade obtivemos 85 (21,4%) que frequentavam o 5.º ano, 84 (21,2%) que estavam no 6.º ano, 55 (13,9%) que estudavam no 7.º ano, 95 (23,9%) no 8.º ano e 78 (19,6%) que frequentavam o 9.º ano de escolaridade.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Início da Educação Sexual em meio escolar

Questionados sobre quando deveria iniciar-se a ES em meio escolar, a maior parte dos alunos considerou ser no 2.º CEB (40,3%), seguindo-se o 3.º CEB com 35,5% das respostas, o 1.º CEB recolheu 9,8% das respostas, o Ensino Secundário 8,3% e em último surgiu o pré-escolar com 6% de respostas.

Relativamente à participação em atividades de ES, 102 alunos responderam já ter participado e destes, 93 consideraram que essas atividades foram interessantes (58) ou muito interessantes (35). Os restantes consideraram que foram pouco (5) ou nada interessantes (3). Também houve 82 alunos que consideraram estas atividades esclarecedoras e os restantes consideraram-nas pouco (17) ou nada (1) esclarecedoras. Procedendo-se ao cruzamento da variável *ano de escolaridade* e *participação em atividades* (tabela 1), verificou-se uma relação de dependência entre ambas, pela realização do teste do qui-quadrado ($\chi^2 = 50,07$; $p < 0,05$).

Foram os alunos do 7.º e 8.º ano que mais referiram ter participado em atividades de ES. Pela análise dos valores de Phi e do Coeficiente de Contingência – 0,35 para ambos – pode concluir-se que esta relação não é forte mas existe.

Tabela 1 – Tabela de contingência entre as variáveis *ano de escolaridade* e *participação em atividades*

Ano	Participação em atividades		Total
	Sim	Não	
5º Ano	5	80	85
6º Ano	9	75	84
7º Ano	22	33	55
8º Ano	41	54	95
9º Ano	25	53	78
Total	102	295	397
	25.7%	74.3%	100.0%

Comparando os dados por ciclo de escolaridade, verificou-se que dos alunos que frequentam o 2.º CEB apenas 8,3% disse ter participado em atividades de ES, enquanto 38,6% do 3.º CEB respondeu que já tinha participado em atividades sobre o tema.

3.2. Fontes de informação sobre sexualidade

Quando questionados acerca das **fontes de informação sobre sexualidade** a que costumam recorrer, as respostas dos alunos distribuíram-se de acordo com o observado na figura 1.

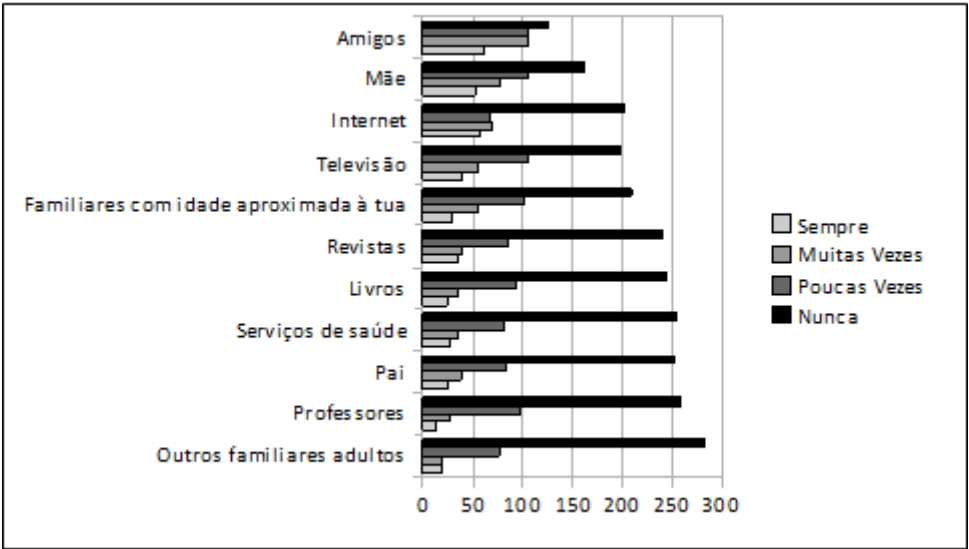


Figura 1 – Fontes de informação sobre sexualidade a que os jovens recorrem

Relativamente às fontes de informação a que os alunos recorrem para esclarecer dúvidas sobre sexualidade, encontrou-se uma relação de dependência quando cruzámos as fontes “pai”, “mãe” e “internet” com o fator sexo (tabela 2).

As raparigas revelaram tendência a preferir a mãe como fonte de informação enquanto os rapazes tenderam a preferir a internet. Foram as raparigas que mais responderam nunca recorrer ao pai como fonte de informação.

Tabela 2 – Valores do Teste T para o cruzamento entre as variáveis fontes de informação e sexo

Fontes de informação	Sexo	Média	Teste T	p
Pai	Feminino	3.72	6.919	<0.05
	Masculino	3.15		
Mãe	Feminino	2.77	-3.327	<0.05
	Masculino	3.12		
Internet	Feminino	3.34	5.329	<0.05
	Masculino	2.77		

Escala: 1 – Sempre 2 – Muitas Vezes 3 – Poucas Vezes 4 - Nunca

Comparando as fontes de informação por ciclo de ensino encontraram-se diferenças significativas para algumas fontes (tabela 3).

Verificou-se que os alunos de 3.º CEB escolhem mais os amigos, a televisão e a internet como fontes de informação do que os de 2.º CEB.

Tabela 3 – Valores do Teste T para o cruzamento entre as variáveis *fontes de informação* e *ciclo de ensino*

Fontes de informação	Ciclo	Média	Teste T	p
Amigos	2º Ciclo	3.08	5.650	<0.05
	3º Ciclo	2.50		
Televisão	2º Ciclo	3.38	3.986	<0.05
	3º Ciclo	2.99		
Internet	2º Ciclo	3.30	3.944	<0.05
	3º Ciclo	2.86		

Escala: 1 – Sempre 2 – Muitas Vezes 3 – Poucas Vezes 4 – Nunca

Resultados semelhantes sobre as fontes de informação a que os jovens recorrem foram encontrados por Bleakley e colegas (2009). De acordo com estes autores, as fontes de informação a que os jovens mais recorrem são os amigos, os professores, as mães e os meios de comunicação e informação. Os mesmos também confirmaram que os adolescentes mais velhos recorriam mais aos *media* como fonte de informação do que os mais jovens. Além disso, verificaram que, tal como para a nossa amostra, preferem mais as mães do que os pais como fontes de informação. Bleakley e colegas (2009) concluíram que os jovens recorrem a múltiplas fontes de informação sobre sexualidade e que algumas podem ser mais influentes do que outras e enfatizar diferentes aspetos da sexualidade. Os pais, principalmente as mães, procuram incutir valores morais. Com os amigos, os adolescentes podem aprender normas sexuais. Para estes autores, as mensagens dos pais, avós e líderes religiosos parecem estar associadas a um adiamento do início das relações sexuais. Aprender sexualidade com os amigos, primos e *media* parece estar associado a um aumento da probabilidade de ter relações sexuais. Assim, será de todo o interesse conhecer as fontes de informação a que os jovens recorrem, uma vez que, de acordo com Ramiro e colegas (2011), o facto de atualmente ser muito fácil obter informação não garante que a sua escolha seja a correta e que, como tal, as opções dos jovens sejam as mais adequadas.

Relativamente ao papel dos *media* como fonte de informação sobre sexualidade será de notar que, como referem Attwood e Smith (2011), a ES e a literacia dos *media* têm sido cada vez mais encaradas como fatores fundamentais no desenvolvimento do conhecimento sexual dos jovens e no modo como amadurecem as suas identidades sexuais. Para Bale (2011), apesar de os *media* serem citados como influenciando significativamente o comportamento sexual dos jovens, não há estudos suficientes para concluir da sua ação positiva ou negativa. A este respeito, Attwood e Smith (2011) citam estudos de Bragg e Buckingham (2004) que mostram que os jovens se relacionam ativa e criticamente com os *media* e com as ideias sobre sexualidade.

3.3. Papel da escola na Educação Sexual

Sobre o papel da escola na ES verificaram-se, na nossa amostra, diferenças nas respostas dadas pelos alunos do 2.º CEB e do 3.º CEB. Assim, os alunos do 2.º CEB foram os que mais concordaram ou concordaram totalmente com a frase “Considero a escola um local onde posso esclarecer as

minhas dúvidas sobre sexualidade com confiança” ($\chi^2=17.109$; $p<0.05$), enquanto mais alunos do 3.º CEB concordaram ou concordaram totalmente com as frases “Os professores sabem responder às minhas perguntas sobre sexualidade” ($\chi^2=32.979$; $p<0.05$), “É possível falar sobre Educação Sexual em todas as disciplinas” ($\chi^2=8.969$; $p<0.05$), “Gostava de participar em mais atividades de Educação Sexual na escola” ($\chi^2=12.134$; $p<0.05$) e “As atividades de Educação Sexual devem ser da responsabilidade dos professores” ($\chi^2=26.247$; $p<0.05$). No entanto, quando se aplicou o teste T a estas variáveis não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Ainda relativamente ao papel da escola na ES também se encontraram diferenças nas respostas dadas por rapazes e raparigas. Foram os rapazes que mais concordaram com a frase “Gostava de participar em mais atividades de ES” ($t=-3.526$; $p<0.05$) e as raparigas com a frase “Os professores sabem responder às minhas perguntas sobre sexualidade” ($t=2.664$; $p<0.05$). As raparigas discordam mais do que os rapazes com a frase “É possível falar sobre Educação Sexual em todas as disciplinas” ($t=-2.942$; $p<0.05$).

3.4. Elementos responsáveis pela Educação Sexual

Quando questionados sobre quem gostariam que se responsabilizasse pela sua Educação Sexual, as respostas dos alunos distribuíram-se de acordo com o observado na figura 2.

Verificou-se, uma preferência por elementos exteriores à escola (técnicos de saúde) ou não docentes, como o psicólogo escolar. O elemento do corpo docente que reúne maior concordância dos alunos é o professor de Ciências Naturais.

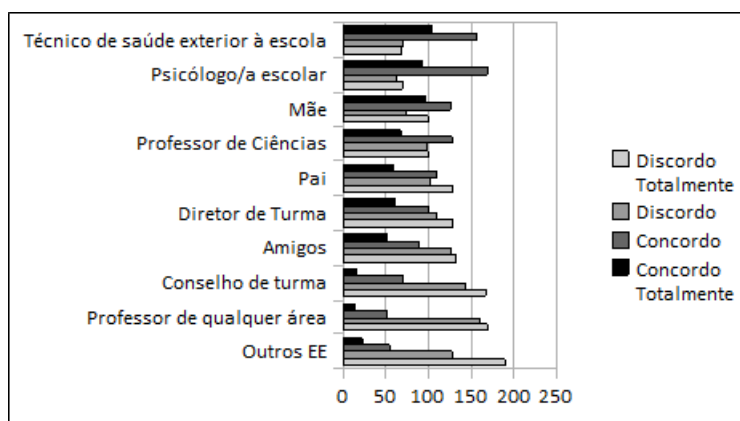


Figura 2 – Grau de concordância sobre os elementos que os alunos gostariam que se responsabilizassem pela sua ES

Ao fazer-se o cruzamento entre os elementos que os alunos gostariam que se responsabilizassem pela sua ES e o ciclo de ensino, verificou-se, pelo teste do qui-quadrado, algumas relações de dependência. Assim, verificou-se que os alunos do 2.º CEB preferem o professor de Ciências e a mãe, enquanto os alunos do 3.º CEB preferem o técnico de saúde e os amigos. Apesar da existência destas associações estas podem ser consideradas fracas, uma vez que nunca se obteve um valor de Phi ou do coeficiente de contingência superior a 0,23. Assim, procedeu-se à realização do teste T, tendo-se obtido a confirmação de que os alunos do 2.º CEB discordaram significativamente mais do que os de 3.º CEB ($t=5.65$; $p<0.05$) que os amigos sejam elementos responsáveis pela sua ES.

Também se encontraram diferenças com significado estatístico entre as variáveis sexo e elementos que os alunos gostariam que se responsabilizassem pela sua ES (tabela 4). Verificou-se que as raparigas têm maior tendência do que os rapazes para concordar que sejam a mãe e o psicólogo escolar os elementos responsáveis pela sua ES.

Tabela 4 – Valores do Teste T para o cruzamento entre as variáveis *elementos responsáveis pela ES* e *sexo*

El. responsáveis ES	Sexo	Média	Teste T	p
Psicólogo/a escolar	Feminino	2.92	3.951	<0.05
	Masculino	2.53		
Mãe	Feminino	2.72	3.098	<0.05
	Masculino	2.38		

Escala: 1 – Discordo Totalmente 2 – Discordo 3 – Concordo 4 – Concordo Totalmente

3.5. Temas sobre os quais gostariam de saber mais

Uma vez que vários autores (Allen, 2008; Kirby et al, 2006; Mason, 2010) consideram ser essencial o envolvimento dos jovens nos projetos de ES de que serão alvo, decidimos perguntar aos alunos acerca dos temas sobre os quais mais gostariam de saber. Foi apresentada aos alunos uma lista de vinte e um temas, selecionados de acordo com as indicações da UNESCO (2009). As respostas dos alunos distribuíram-se de acordo com o observado no gráfico da figura 3. Os alunos elegeram “adolescência”, “noção de sexualidade”, “relações sexuais” e “diversidade, tolerância, orientação sexual e respeito” como os quatro temas de que gostariam de saber mais. Já os temas “masturbação”, “relações entre pares”, “noção de família e planeamento familiar” e “maus tratos, assédio e abuso sexual” foram os quatro com os quais os alunos menos concordaram que gostariam de saber mais.

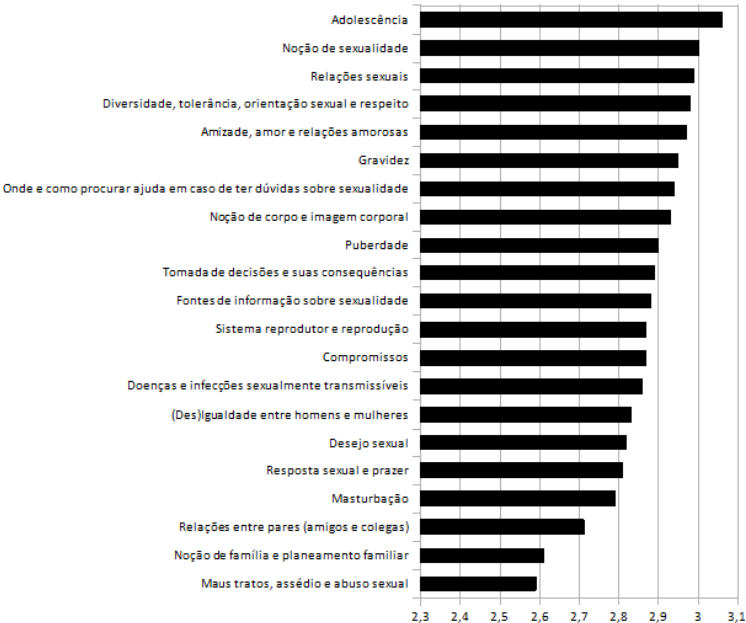


Figura 3 – Temas sobre os quais os alunos gostariam de saber mais

Em relação aos temas propostos, os alunos do 2.º CEB foram aqueles que mais concordaram ou concordaram totalmente que gostariam de saber mais sobre “diversidade, tolerância, orientação sexual e respeito” e “gravidez”. Já os alunos do 3.º CEB concordam ou concordam totalmente que gostariam de saber mais sobre “compromissos”, “maus tratos, assédio e abuso sexual”, “relações entre pares (amigos e colegas)”, “tomada de decisões e suas consequências”, “onde e como procurar ajuda em caso de ter dúvidas sobre sexualidade”, “fontes de informação sobre sexualidade”, “(Des)Igualdade entre homens e mulheres”, “sistema reprodutor e reprodução”, “puberdade”, “adolescência”, “noção de corpo e imagem corporal”, “noção de sexualidade”, “relações sexuais”, “masturbação”, “desejo sexual”, “resposta sexual e prazer”, “doenças e infeções sexualmente transmissíveis”. Os temas “noção de família e planeamento familiar” e “amizade, amor e relações amorosas” recolheram uma percentagem semelhante de respostas *concordo* e *concordo totalmente* nos dois ciclos. No entanto, verificou-se que no 2.º CEB houve mais alunos a responder que discordam totalmente.

Também se verificou, pela análise do teste do qui-quadrado ($p < 0,05$), em alguns casos confirmado pela análise do teste T, uma relação de dependência entre alguns destes temas e o sexo dos alunos (figura 4).

Assim, verificou-se, que os temas “noção de família e planeamento familiar” ($\chi^2=9.940$), “maus tratos, assédio e abuso sexual” ($\chi^2=11.217$; $t=3.272$; $p < 0.05$), “gravidez” ($\chi^2=10.006$) e “doenças e infeções sexualmente transmissíveis” ($\chi^2=8.367$) recolhem uma maior percentagem de respostas *concordo* e *concordo totalmente* entre as raparigas. Já entre os rapazes, os temas com que concordam ou concordam totalmente que gostariam de saber mais são “relações sexuais” ($\chi^2=9.745$), “masturbação” ($\chi^2=10.433$), “desejo sexual” ($\chi^2=19.012$; $t=-4.037$; $p < 0.05$) e “resposta sexual e prazer” ($\chi^2=14.167$; $t=-3.280$; $p < 0.05$).

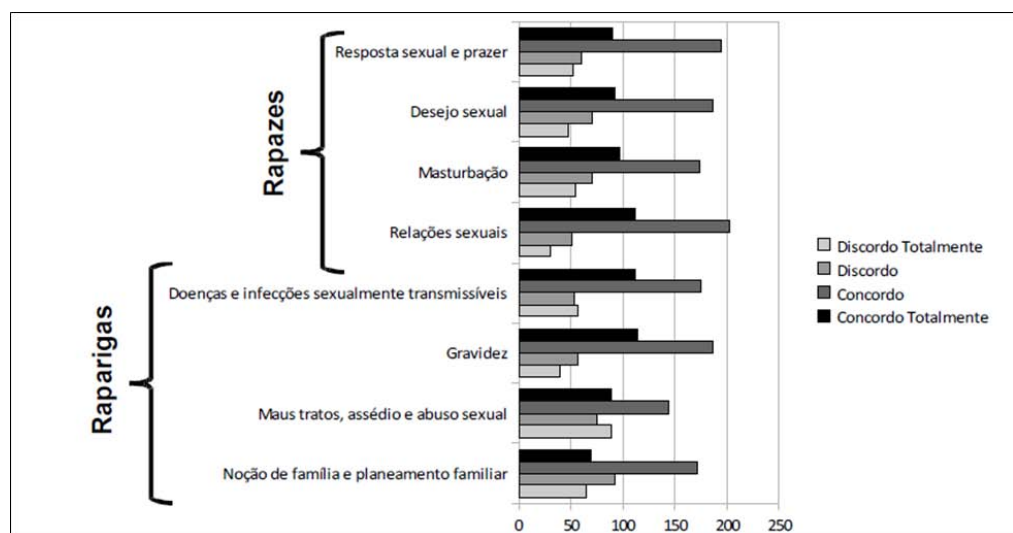


Figura 4– Temas sobre os quais os alunos gostariam de saber mais, distribuídos por sexo

Allen (2008) também identificou os temas *resposta sexual e prazer*, bem como *gravidez*, nomeadamente no que se refere a gravidez na adolescência, como um dos cinco prioritários para os

jovens que entrevistou. Esta autora constatou, de entre os projetos de ES que analisou, que são muitos os orientados numa perspetiva biológica procurando diminuir a incidência de comportamentos sexuais de risco. Estes projetos são criticados pelos jovens que se lhes referem como clínicos, des-erotizados e didáticos. Este tipo de discurso protetor não permite que os jovens se posicionem como seres sexuais autónomos e nega-lhes a subjetividade necessária à negociação de práticas de sexo seguro e de experiências sexuais agradáveis (Allen, 2007). Uma das consequências de não se introduzir o tema do desejo e prazer sexual nos programas de ES é a sua sanitização. O facto de, na nossa amostra, o técnico de saúde exterior à escola ser o elemento com o qual os alunos mais concordam que se responsabilize pela ES, pode estar relacionado com uma certa falta de resposta da ES realizada em meio escolar. Apesar de ser um profissional que, à partida, possa parecer orientado para a dimensão biológica da sexualidade, poderá surgir aos olhos dos alunos como alguém com uma perspetiva diferente da escolar. Em relação aos elementos docentes, a preferência pelo professor de Ciências poderá estar relacionada com uma maior abertura à abordagem destes temas por parte destes profissionais, o que poderá ser entendido pelos alunos, como um facilitador para aprofundar outros aspetos da sexualidade.

De acordo com os dados recolhidos por Allen (2008) os jovens precisam de mais informação sobre o que fazer e onde procurar ajuda no caso de surgir uma gravidez adolescente e não tanto sobre como a prevenir, uma vez que a prevenção de comportamentos de risco já é amplamente divulgada. De facto, como referem Pinto e colegas (2005), as mães adolescentes têm maior risco de complicações médicas, de dificuldades socioeconómicas e de problemas psicológicos, pelo que necessitaram de um apoio específico. Em 2009, 4,4% do total de nascimentos em Portugal foi de jovens entre os 10 e os 19 anos (INE, 2011), taxa que tem vindo a baixar nos últimos anos. Todavia, este dado é importante do ponto de vista educativo na medida em que uma das consequências da gravidez adolescente é também o abandono escolar, o que tende a agravar ainda mais a situação socioeconómica futura da adolescente.

O facto de as raparigas escolherem o tema “maus tratos, assédio e abuso sexual” como um dos que mais gostariam de saber poderá dever-se à situação de vulnerabilidade deste grupo. De acordo com Johnson (2004) este problema afeta 6-36% das raparigas e apenas 1-15% dos rapazes até aos 16 anos.

4. CONCLUSÃO

É de extrema importância que os projetos de ES em meio escolar considerem as necessidades do seu público-alvo, no sentido de garantir que as intervenções são, de facto, eficazes e que respondem às questões dos alunos, contribuindo para a sua formação pessoal e social.

Apenas vinte e cinco por cento dos alunos que responderam ao nosso questionário referiram já ter participado em atividades de ES em meio escolar e, na sua maior parte, eram alunos do 3.º CEB.

As fontes de informação sobre sexualidade a que estes alunos recorrem são variadas mas as mais frequentes são os amigos, as mães, a internet e a televisão. No entanto, a preferência por determinadas fontes de informação tende a variar consoante o nível de ensino que estes alunos frequentam, bem como com o género a que pertencem.

Na sua maioria, os alunos remetem a responsabilidade de ES para elementos exteriores à escola ou para elementos não docentes como os psicólogos escolares. Os docentes que são mais apontados como podendo ser responsáveis pela ES em meio escolar são os de Ciências Naturais.

Relativamente aos interesses em diversos temas relacionados com a sexualidade também se verificou, na nossa amostra, que estes recolhem preferências diferentes de acordo com a idade e género dos alunos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Allen, L. (2007). "Denying the sexual subject: schools' regulation of student sexuality". *British Educational Research Journal*, 33:2, 221-234.
- (2) Allen, L. (2008). "They Think You Shouldn't be Having Sex Anyway": Young People's Suggestions for Improving Sexuality Education Content. *Sexualities*, 11(5), 573–594.
- (3) Attwood, F. e Smith, C. (2011). "Investigating young people's sexual cultures: an introduction". *Sex Education*, 11:3, 235-242.
- (4) Bale, C. (2011). "Raunch or romance? Framing and interpreting the relationship between sexualized culture and young people's sexual health", *Sex Education*, 11:3, 303-313.
- (5) Bleakley, A., Hennessy, M., Fishbein, M., Coles, H., Jordan, A. (2009). "How Sources of Sexual Information Relate to Adolescents' Beliefs about Sex." *American Journal of Health Behavior*, 33(1), 37–48.
- (6) Grupo de Trabalho em Educação Sexual (2007). Relatório de Progresso. Lisboa. Ministério da Educação.
- (7) Guiglionne, R., Matalon, B. (1993). *O Inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- (8) Hill, M., Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- (9) Johnson, C. (2004). "Child sexual abuse". *Lancet*, 364, 462–70.
- (10) Jones, T. M. (2011). "Saving rhetorical children: sexuality education discourses from conservative to post-modern". *Sex Education*, 11:4, 369-387.
- (11) Kirby, D., Laris, B., Rolleri, L. (2006). Sex and HIV Education. Programs for Youth: Their Impact and Important Characteristics. *Family Health International*, Scotts Valley.
- (12) Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 151.
- (13) MacDonald, J., Gagnon, A., Mitchel, C., Meglio, G., Rennick, J. e Cox, J. (2011). "Asking to listen: towards a youth perspective on sexual health education and needs". 11:4, 443-457.
- (14) Mason, S. (2010). Braving it out! An illuminative evaluation of the provision of sex and relationship education in two primary schools in England. *Sex Education*, 10:2, 157–169.
- (15) Pinto, H., Teixeira, E., Silva, C. e Valente, C. (2005). "Gravidez na adolescência". *Saúde Infantil*, 27:1, 39-49.
- (16) Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de abril. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 69.
- (17) Ramiro, L. Reis, M., Matos, M., Diniz, J. e Simões, L. (2011). "Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes". *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 11-21.
- (18) UNESCO (2009). *International Technical Guidance on Sexuality Education. Section on HIV and AIDS - Division for the Coordination of UN Priorities in Education*. Paris: UNESCO.
- (19) Vilar, D., Ferreira, P. (2008). *A Educação Sexual dos Jovens Portugueses: Conhecimentos e Fontes*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.

CONHECIMENTO SOBRE A INFECÇÃO POR VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO EM JOVENS ADULTOS

KNOWLEDGE ABOUT INFECTION BY HUMAN PAPILLOMAVIRUS IN YOUNG ADULTS

Maria José Santos ¹, Anabela Figueiredo ², João Castro ³, Filomena Raimundo ⁴

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - Escola Superior de Enfermagem de Vila Real

¹ mjsantos@utad.pt;

² afigueired@utad.pt

³ jcastro@utad.pt

⁴ filomenar@utad.pt

RESUMO

Introdução: A infeção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) é uma das infeções sexualmente transmissíveis mais comuns nos jovens com prevalências que podem atingir os 50%, na faixa etária dos 16 aos 24 anos. Estudos epidemiológicos têm demonstrado associação entre o HPV e o cancro do colo do útero, pelo que a adoção de comportamentos preventivos nesta faixa etária é fundamental.

Metodologia: Realizou-se um estudo exploratório, descritivo, de natureza quantitativa, com o objetivo de avaliar o nível de conhecimentos sobre a infeção por HPV dos estudantes de um curso de saúde e avaliar a relação com algumas variáveis de caracterização e comportamentos em saúde sexual e reprodutiva. A amostra foi constituída por 122 estudantes do 1º e 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Na recolha de dados utilizamos um questionário de caracterização e avaliação do nível de conhecimento. Na análise de dados utilizamos a estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Dos participantes, cerca de 70% referiu ter tido relações sexuais, a primeira relação foi aos 17 anos, 3,8% não utilizou contraceção e 61,7% nunca recorreram aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. A média de conhecimento foi de 46,9%, verificando-se uma diferença significativa ($p < 0,001$) entre os estudantes do 1º e do 4º ano. Observou-se um aumento do conhecimento, com a idade, ($p < 0,001$) e o recurso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva ($p < 0,01$).

Conclusões: Os profissionais de saúde devem promover a educação para a saúde nesta área, dado que os estudantes revelaram pouco conhecimentos sobre a infeção por HPV, não realizam vigilância de saúde regular e recorrem pouco aos serviços de Saúde disponíveis.

Palavras-chave – HPV, conhecimentos, comportamentos de saúde, jovens

ABSTRACT

Introduction: HPV infection is one of the most common sexually transmitted diseases (STDs) among young people (16 to 24 years old) with a prevalence of 50%. Since epidemic studies have shown an

association between HPV and cervical cancer prophylactic behavior in this age group is thus fundamental.

Methods: An exploratory, descriptive, and quantitative study was done with the purpose of evaluating the level of knowledge about HPV infection, its relation with some of the characterization variables, and with sex and reproductive health (SSR) behaviors. Our sample included 122 students from 1st and 4th years of Nursing School College. For data collection we used a questionnaire to characterize and evaluate the knowledge. For data analysis we used descriptive and inferential statistics.

Results: Among the participants 70% stated having had sex for the first time when they were 17 years old; 38% did not use birth control methods, and 61.7% have never made use of SSR's services. The knowledge average was 46.9% with a substantial difference observed between 1st and 4th year students ($p < 0.001$). It was observed an increase of knowledge with the age ($p < 0.001$) and with the use of the sexual and reproductive health services available ($p < 0, 01$).

Conclusion: Health professionals should promote health education in this particular subject since students showed insufficient knowledge about HPV infection, do not go for a regular health check, and make little use of SSR's services available.

Keywords: HPV, Knowledge, health behavior, youth

1. INTRODUÇÃO

A infeção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) é considerada por diversos autores como uma das infeções de transmissão sexual (IST's) mais frequente na população sexualmente ativa, em todo o mundo (Winer & Koutsky, 2004; Diógenes, Varela & Barroso, 2006; Lambert, 2001; Li *et al.*, 2006; López, 2008;). Nos jovens adultos sexualmente ativos, as taxas de prevalência assumem valores particularmente elevados (Baer, Allen & Braun, 2000; Leung, Kellner & Davies, 2005; Pista, Oliveira, Cunha, Paixão & Real, 2011). De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG), mais de 50% dos casos ocorrem entre os 15 e os 25 anos (SPG, 2007). Dependendo da população estudada e metodologia utilizada, o grupo dos estudantes universitários apresenta-se com taxas de prevalência mais elevadas (Lambert 2001; Richardson *et al.*, 2003; López, 2008; Medeiros & Ramada, 2011). Quando se observam as diferenças entre o género, verifica-se que o sexo feminino apresenta taxas de prevalência que variam entre os 15% e os 38%, e no sexo masculino entre os 10% e os 20%. O risco para os homens sexualmente ativos está menos definido, no entanto, esta percentagem assume relevância pelo facto de eles serem, habitualmente, portadores assintomáticos (Oh *et al.*, 2010; Richardson *et al.*, 2003).

De acordo com Medeiros e Ramada (2011), Portugal apresenta o valor de incidência mais elevado do espaço europeu. Embora não se encontrem dados oficiais sobre a prevalência desta infeção, um estudo de base populacional, realizado por investigadores portugueses, calculou uma prevalência de 19,4% na população feminina, com o valor máximo de 28,8% encontrado nas jovens adultas, entre os 18 e os 24 anos (Pista, Oliveira, Cunha, Paixão & Real, 2011).

A maioria das infeções cervicais por HPV é assintomática e desaparece espontaneamente ao fim de um a dois anos, com duração média de 4 a 5 meses, o que dificulta a sua deteção, já que, em cerca de 10% das mulheres persiste com lesões benignas por vários anos. A persistência das lesões, com os tipos de HPV 16 e 18, ambos de elevado risco, representa de acordo com a evidência científica

atual, um risco acrescido para o desenvolvimento do cancro do colo uterino, cancro peniano e anal (Lambert, 2001; Winer & Koutsky, 2004; SPG, 2010).

Em Portugal, o cancro cervical tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, com elevadas taxas de incidência e mortalidade (SPG, 2010). Estudos epidemiológicos e experimentais têm demonstrado associação entre o HPV e o cancro do colo do útero, estando este agente vírico implicado em 99,7% dos casos (Burd, 2003). O HPV é hoje considerado o segundo agente carcinogénico mais importante, logo a seguir ao tabaco (Ramada & Medeiros, 2011).

A infeção pelo HPV é atualmente reconhecida como um importante problema de saúde pública, não só pela sua prevalência, mas também pelos riscos de complicações a longo prazo, tornando-se essencial a prevenção primária nesta área. Para o estabelecimento das estratégias mais adequadas de prevenção, o grau de conhecimento na população é considerado essencial. Lambert (2001), refere que a aquisição do conhecimento pode resultar num aumento da eficácia da prevenção primária, não só do HPV, mas de todas as IST's. Alguns estudos vieram confirmar que intervenções de educação aumentam os conhecimentos e a consciência sobre os riscos associados à infeção pelo HPV e influenciam positivamente as atitudes e os comportamentos face às medidas de prevenção (Gerend & Magloire, 2008; Gottvall, Tydén, Högglund, & Larsson 2010; Högglund, Tydén, Hannerfors & Larsson, 2009). No entanto, atualmente, na população em geral, o conhecimento sobre a infeção por HPV é ainda muito limitado (Diógenes, Varela & 2006; SPG, 2007), nomeadamente nos jovens (Baer & Braun, 2000; Lambert, 2001; Högglund Tydén, Hannerfors & Larsson, 2009), e em particular nos estudantes universitários (Medeiros & Ramada, 2011). Embora não se encontrem muitos estudos que o comprovem, as mulheres parecem apresentar melhores níveis de conhecimentos (Lambert, 2001; Medeiros & Ramada, 2011), assim como os estudantes dos cursos relacionados com as ciências da saúde (Medeiros & Ramada, 2011). Como principais fontes de informação sobre a infeção por HPV, os estudantes referem os professores, os meios de comunicação e os profissionais de saúde (Högglund, Tydén, Hannerfors & Larsson, 2009; Medeiros & Ramada, 2011).

Tendo em conta que o género e a educação produzem diferentes padrões de conhecimento e atitudes, alguns autores sugerem que os programas de educação para a saúde que pretendam reduzir as taxas de infeção por HPV e consequentemente a mortalidade do cancro cervical, sejam dirigidos a ambos os sexos e incluídos nos currículos escolares (McPartland, Weaver, Lee & Koutsky, 2005; SPG, 2007).

Decorrente desta contextualização, este estudo tem como objetivos: avaliar o nível de conhecimentos dos jovens adultos sobre a infeção por HPV e determinar a influência das variáveis demográficas, académicas, de comportamento sexual e de saúde no nível de conhecimento dos jovens adultos da infeção por HPV.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Tendo em conta que, como refere Fortin (2003, p. 48) “Qualquer investigação tem por ponto de partida, uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado”. O presente estudo “Conhecimento sobre a infeção pelo vírus do papiloma humano em jovens adultos”, foi desenvolvido, por constataremos no decurso da nossa atividade docente, um desconhecimento significativo relativamente a esta temática por parte dos estudantes. A pertinência deste estudo deve-se ao facto de que a nossa intervenção possa minorar comportamentos de risco na área da saúde sexual e reprodutiva (SSR), com consequências

positivas para a saúde individual e coletiva, uma vez que estes estudantes serão futuros profissionais, com responsabilidades na área da promoção da saúde das populações. Para dar resposta aos objetivos da investigação foi realizado um estudo exploratório, descritivo-correlacional, transversal de natureza quantitativa.

2.1 Participantes

No contexto deste trabalho de investigação, recorremos ao processo de amostragem não probabilística accidental. A amostra foi constituída por 122 estudantes (93 raparigas e 29 rapazes) do 1º e 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE). A opção pelos alunos de entrada e saída do CLE, prende-se com o facto de pretendermos avaliar o possível impacto da formação ministrada no decorrer do curso, no nível de conhecimento sobre a infeção por HPV.

Assim, o nosso objeto de estudo e que se assume como a nossa variável dependente - Nível de conhecimento sobre a infeção pelo HPV- foi operacionalizado por 40 questões, que abordavam as seguintes áreas temáticas: epidemiologia, vias de transmissão, medidas de prevenção e tratamento da infeção por HPV.

As variáveis independentes selecionadas, como relacionadas com o conhecimento, foram:

- Género;
- Idade;
- Ano de curso;
- Informação sobre saúde sexual;
- Ter iniciado atividade sexual;
- Recurso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva;
- Vacinação contra o HPV;
- Realização de citologia vaginal.

Tendo como ponto de partida a nossa questão de investigação inicial “- Quais os fatores que influenciam os conhecimentos dos jovens adultos sobre a infeção por HPV?”, e as variáveis por nós selecionadas, construímos as seguintes hipóteses de investigação.

- H₁ - A idade influencia o nível de conhecimento sobre a infeção por HPV;
- H₂ - O género influencia o nível de conhecimento sobre a infeção por HPV;
- H₃ - O ano de curso influencia o nível de conhecimento sobre a infeção por HPV;
- H₄ - A informação sobre sexualidade influencia o nível de conhecimento sobre a infeção por HPV;
- H₅ - O recurso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva influencia o nível de conhecimento sobre a infeção por HPV;
- H₆ - Ter realizado citologia vaginal influencia o conhecimento sobre a infeção por HPV.

2.2 Instrumentos

Na recolha de dados utilizámos um questionário de autopreenchimento, construído especificamente para o estudo, era constituído por perguntas abertas e fechadas (85 no total), estruturado em 2 secções. A primeira secção permitiu a caracterização demográfica, académica, dos comportamentos sexuais e práticas de vigilância de saúde.

A segunda secção permitiu avaliar o nível de conhecimento sobre a infeção por HPV e era constituída por 40 questões, num formato de resposta tipo *likert* de três pontos, em que as possibilidades de resposta a cada questão eram: *Verdadeiro; Falso e Não sei*. Atribui-se uma

pontuação de um à resposta “Verdadeiro” e de zero à resposta “Falsa” e “Não sei”. Nos itens 5, 6, 15, 16, 19, 22, 27, 30, 38, 39 e 40, a cotação das respostas encontra-se invertida. Assim, a escala permitia um *score* final que podia variar entre 0 e 40 pontos, sendo que quanto maior fosse a pontuação maior o nível de conhecimento avaliado. Para facilitar a análise de dados estatísticos os *scores* de conhecimento foram convertidos em percentagem de conhecimento. No sentido de obter o consentimento informado dos participantes, o que segundo Polit; Beck & Hungler (2004, p. 328) “significam que os participantes têm informações adequadas em relação à pesquisa; compreendem a informação e têm o poder de livre escolha, podendo assim participar voluntariamente na pesquisa ou declinar a participação”, antes de iniciar o preenchimento do questionário propriamente dito, os participantes foram informados sobre a finalidade e objetivos do estudo, garantindo-se a confidencialidade dos resultados e o anonimato, e reafirmado o caráter voluntário de participação no estudo.

2.3 Procedimentos

Na análise de dados utilizamos a estatística descritiva (medidas de tendência central e de dispersão) e inferencial. A comparação de médias foi realizada pelos Testes não paramétricos: Mann-whitney e Kruskal- Wallis, uma vez que a variável principal não seguia os pressupostos da normalidade. O valor de $p < 0,05$ foi considerado como indicando significado estatístico. O tratamento estatístico dos dados referentes a este estudo, foi efetuado informaticamente, através do programa Statistic Package for the Social Sciences (SPSS) na versão 19.0.

A colheita de dados decorreu no mês de outubro de 2011, sendo o tempo médio de preenchimento do questionário de aproximadamente 30 minutos. Na apresentação e discussão dos resultados são omissas as fontes nos quadros, em virtude de estes se referirem sempre a este estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos estudantes

Dos 122 estudantes que participaram no estudo, 76,2% eram raparigas, com uma idade média de 20 anos ($20 \pm 3,28$), cerca de 50% dos estudantes cresceu na zona rural. Estes resultados refletem não só o facto da Licenciatura em Enfermagem ter uma elevada percentagem de estudantes do género feminino, mas também o facto desta universidade se encontrar numa zona do interior e com características marcadamente rurais.

Mais de metade dos estudantes (60,7%), referiu ter tido informação sobre SSR na escola secundária, e as principais fontes de informação foram os professores (44,3%), amigos (35,2%) e internet (33,6%). As fontes de informação mais formais, como os profissionais de saúde, são referidas apenas por um número reduzido de estudantes (enfermeiros 17,2% e médicos 10,7%). Devemos salientar o importante papel que os “media”, a escola/local de ensino e os profissionais de saúde têm no aumento da sensibilização da população para adoção de medidas preventivas, nomeadamente na adesão à vacinação do HPV (DGS, 2008).

Relativamente aos comportamentos sexuais 70% mencionou já ter tido relações sexuais, a primeira relação foi em média aos 17 anos e a grande maioria (96,2%) utilizou um método contraceutivo na primeira relação sexual. O método contraceutivo mais utilizado foi o preservativo (89,9%), seguido da pílula (31,6%). Apenas um pequeno número de estudantes refere ter utilizado métodos menos

seguros, tais como os métodos naturais (1,3%) ou coito interrompido (2,5%). Estes dados confirmam as tendências do último estudo publicado em Portugal sobre os comportamentos sexuais dos estudantes do ensino superior (Reis, *Matos, Simões & Diniz*, 2010), onde se menciona que a maioria dos jovens é sexualmente ativa (83,3%) e teve a sua relação sexual a partir dos 16 anos (79,2%). No estudo realizado por Medeiros & Ramada (2011), a idade da primeira relação sexual é ligeiramente superior, 17 anos para os rapazes e 18 anos para as raparigas. Dos estudantes inquiridos 66,3% tem um relacionamento amoroso atual e 80% tem relações sexuais com o companheiro, destes 84, 2% refere utilizar sempre um método contraceutivo nas relações sexuais com penetração. Contudo, neste grupo, observou-se uma modificação no perfil de contraceção uma vez que os estudantes referem como métodos contraceutivos mais utilizados a pilula (69,6%) a par do preservativo (69,1%). Esta mudança no perfil contraceutivo pode revelar que os jovens entendem o atual relacionamento como mais estável, revelando preocupação com uma potencial gravidez mas não com as IST's . Reis, *Matos, Simões & Diniz* (2010), confirmam também estes resultados em estudantes universitários, referindo que os métodos contraceutivos mais utilizados pelos estudantes com um relacionamento amoroso, são a pilula (70,4%) e o preservativo (69%).

Analisando os potenciais comportamentos de “risco”, observamos que apenas 6,7% refere já ter tido relações com parceiros ocasionais, relações sexuais sobre o efeito de álcool (5,3%) ou drogas (1,3 %). A grande maioria (94,7%) assegura não ter tido IST's e percebe o risco para contrair uma infeção de transmissão sexual, como muito baixo (82,6%). No estudo realizado por Reis , *Matos, Simões & Diniz* (2010), os comportamentos de risco são mais prevalentes e constataram que são os rapazes mais velhos e com relações mais recentes, que mencionam mais frequentemente relações sexuais associadas ao álcool (53,1%) e às drogas (10,7%), parceiros ocasionais (57,3%) e relações sexuais com outras pessoas para além do parceiro (10,7%).

No que respeita à vigilância de saúde, mais de metade dos estudantes (61,7%), nunca utilizou os serviços de SSR disponíveis e os rapazes recorrem menos a estes serviços que as raparigas (88,9% *versus* 53,8%). Dos estudantes os utilizaram, 83,3% recorreu ao Centro de Saúde, 14,6% ao Centro de Atendimento de Jovens e apenas 6,3% aos serviços de saúde da Universidade / Escola. Os motivos que levaram os estudantes a procurar os serviços de SSR relacionam-se com a aquisição de métodos contraceutivos (71,4%), vigilância de saúde (44,9%) e aconselhamento sobre métodos de contraceção (38,8%). Verificamos ainda que 41,4% das raparigas não foi vacinada contra o HPV e 4% referem mesmo desconhecer a necessidade de vacinação. Uma grande maioria (71,4%) das estudantes nunca realizou citologia vaginal, embora uma percentagem significativa, tenha referido uma vida sexual ativa.

3.2 Conhecimento sobre a infeção por HPV

Quando procedemos à análise do nível de conhecimento sobre a infeção por HPV, verificamos que se situava nos 47% (46,94% $\pm$ 18,22) e que, em termos médios o nível de conhecimento das raparigas era superior ao dos rapazes (47,28% *versus* 45,86%). Resultados concordantes foram encontrados por Medeiros & Ramada (2011), num estudo realizado na região do Porto com estudantes universitários, onde estes observaram uma média de conhecimento de 48,6%, com as raparigas a apresentarem um nível de conhecimento ligeiramente superior ao dos rapazes (48,71% *versus* 48,37%). Para Dinas et al., (2008), o facto de as estudantes do sexo feminino terem conhecimentos mais adequados do que os estudantes do sexo masculino pode ser justificado pelo

facto do cancro do colo do útero ser uma neoplasia que se desenvolve apenas nas mulheres, o que pode determinar uma informação mais adequada sobre os riscos associados a esta patologia.

A análise comparativa entre anos académicos, revelou que o nível de conhecimento dos estudantes do 4º ano era superior (57,7%) aos do 1º ano (38,05%), mas consideramos que em média o nível de conhecimento continua a ser reduzido, uma vez que são lecionados conteúdos relacionados com esta temática em algumas unidades curriculares do CLE, que deveriam potenciar um maior conhecimento sobre esta infeção. De facto, diversos estudos realizados na população em geral revelaram níveis de conhecimento da infeção por HPV reduzidos, sendo que nos diversos estudos inferiores a 50% (Waller, McCaffery & Wardle 2004; Holcomb, Bailey, Crawford & Ruffin, 2004; Sauvageau, Duval, Gilca, Lavoie & Ouakki, 2007). Quando analisamos os estudos que avaliam o conhecimento nos estudantes universitários, e em particular os que frequentam curso da área da saúde, este conhecimento aumenta para níveis superiores, mas ainda longe de serem considerados adequados (Dinas et al., 2009; Medeiros & Ramada, 2011). Consideramos preocupante o facto de 93,5% dos estudantes desconhecerem que a infeção por HPV é mais frequente em homossexuais, 86,4% desconhecerem que o HPV pode ser transmitido por íntimo contacto com a pele, 72,6% desconhecerem que o HPV pode estar associado ao cancro da vulva e pénis e 84,4% desconhecerem que a infeção não tem cura.

3.3 Resultados referentes às hipóteses em estudo

Os resultados referentes ao nível de conhecimentos sobre a infeção por VIH, em função do género, classe etária, ano de curso, informação sobre saúde sexual, início de atividade sexual, utilização dos serviços de SSR, realização de vacinação contra HPV e realização de citologia vaginal encontram-se sistematizados no quadro 1. Da análise global verificou-se que dos fatores em estudo, aqueles que se revelaram significativos em determinar um maior nível de conhecimento, foram a idade, ano de curso, ter iniciado atividade sexual, utilizar os serviços de SSR e ter realizado citologia vaginal.

Os estudantes mais velhos apresentavam um nível médio de conhecimento maior ($55,68 \pm 13,80$) e significativamente diferente ($p = 0,0051$) dos estudantes mais novos ($42,17 \pm 17,0$). Estes dados revelam que durante o curso são lecionados conteúdos nesta área do conhecimento que melhoram de forma relevante o nível de conhecimento. De facto, no decurso do 2º ano do CLE, são lecionados conteúdos específicos sobre as IST's e em particular sobre a infeção por HPV, que podem complementar de forma significativa o conhecimento dos estudantes.

Tabela 6 – Estatísticas referentes à influência variáveis demográficas, de comportamento sexual e vigilância de saúde. No nível de conhecimento sobre a infeção por HPV

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>Nível de Conhecimento (Média ± DP)</i>	<i>p</i>
Género	122		
Feminino		47,28±18,57	0,79
Masculino		45,86±17,31	
Idade	122		
≤ 18		42,17±17,0 a	0,0051
19-21		46,22± 20,06 a	
≥ 22		55,68± 13,80 b	
Ano de Curso	122		
1º Ano		38,05±18,09	0,0001
4º Ano		57,77±11,23	

Teve informação sobre saúde sexual	122		
Sim		46,18±18,44	
Não		48,12±18,0	0,665
Já iniciou atividade sexual			
Sim		49,27±17,61	
Não		41,80±18,5	0,030
Costuma utilizar os serviços de SSR			
Nunca		43,44±17,3 a	
Uma vez		48,68±19,70 a	0,0082
Várias vezes		56,75±16,31 b	
Realizou vacinação contra HPV			
Sim		43,79±20,2	
Não		55,0±12,34	0,12
Desconheço a necessidade		29,37±27,41	
Já realizou citologia vaginal			
Uma vez ano		50,73±12,49 a	
3/3 Anos		62,77±10,78 b	0,0344
Nunca		44,03±19,03 a	

^{a, b} médias seguidas de letras diferentes representam diferenças significativas ($p < 0,05$)

Também verificamos que são os alunos mais avançados no percurso académico que apresentam maior nível de conhecimento, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($P < 0,0001$). Ramadas & Medeiros (2011), também observaram variações de conhecimento ao longo do curso, mas apenas nos estudantes da área de saúde. De uma forma geral os alunos do último ano do curso apresentam maior conhecimento e menos lacunas do que os do princípio do curso o que leva a crer que o contacto com a prática e a sedimentação do conhecimento justificam estas diferenças. Os estudantes que referem ter iniciado atividade sexual, apresentam também maior nível de conhecimento sobre a infeção por HPV, possivelmente porque já recorreram aos serviços de saúde para obterem aconselhamento sobre contraceção ou obter um método contraceptivo o que determina algum contacto com os profissionais de saúde, que mesmo que informal pode resultar na transmissão de alguma informação. Por outro lado, alguns jovens quando iniciam a sua atividade sexual revelam maior preocupação com os comportamentos de risco sexual, o que os leva a procurar alguma informação junto dos professores, amigos, meios de comunicação social, são referidas por diversos autores, como fontes privilegiadas de informação (Höglund, Tydén, Hannerfors & Larsson, 2009; Medeiros e Ramada, 2011), o que vai de encontro aos resultados do nosso estudo.

Prazeres, Laranjeira & Oliveira (2005), refletindo sobre a importância dos serviços de saúde, afirmam que embora exista um maior envolvimento das escolas na educação sexual, os conhecimentos sobre contraceção e IST's continuam a ser pouco satisfatórios e persistem condicionantes no acesso universal dos jovens a programas e aos serviços de SSR. Da análise dos dados, também foi possível observar que a percentagem de estudantes que utiliza os serviços de SSR é muito baixa, o que se poderá ser problemático, na medida em que verificamos que são os jovens que utilizam os serviços de SSR que apresentam maior nível de conhecimento sobre a infeção por HPV, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$). Este problema assume ainda mais relevância se pensarmos que na universidade onde se encontra integrada a Escola Superior de

Enfermagem, se disponibiliza um serviço de saúde para alunos e que uma percentagem significativa de estudantes desconhece a sua existência. Estes resultados levam-nos a refletir a necessidade de otimizar a utilização dos serviços de SSR por parte dos jovens, ajustando-os às necessidades específicas, como aliás vem sendo referido pela Associação de Planeamento familiar (APF), após realização de um estudo de âmbito nacional onde constatou, que, face à necessidade de utilização de serviços de SSR, os jovens enfrentam vários obstáculos, que incluem a falta de informação sobre onde e como ter acesso aos serviços de saúde, restrição de horários, custo dos serviços, atitudes negativas de quem presta os serviços/cuidados e leis e políticas restritivas ao seu acesso (APF, 2005).

Sendo a infeção por HPV altamente prevalente na população sexualmente ativa e com riscos acrescidos para a SSR dos jovens adultos, torna-se essencial promover a educação para a saúde nesta área, pois como defende Lambert (2001), os indivíduos estariam mais propensos a reter a informação e a ter uma forte motivação para melhorar as suas práticas de sexo seguro, resultando num aumento da eficácia da prevenção primária não só das IST's, mas também da displasia cervical e do cancro do colo uterino. Por seu lado Oh *et al.*, (2010), reconhecendo também importância de se melhorar o nível de conhecimento dos jovens sobre as IST's, refere que as crenças e os mitos surgem como resultados da interação entre a falta de informações e os valores culturais do indivíduo e/ou da comunidade a que pertence e podem influenciar significativamente o comportamento dos jovens nas questões relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva.

4. CONCLUSÕES

Os resultados evidenciam que apesar os esforços realizados na promoção e a educação para a saúde na área da saúde sexual, pelos profissionais de saúde, meios de comunicação social e instituições de ensino, continua a ser fundamental investir na informação, uma vez que os estudantes revelam pouco conhecimento sobre a infeção por HPV, não realizam uma vigilância de saúde regular e recorrem pouco aos serviços de SSR disponíveis. Uma vez que se verificou um aumento do nível de conhecimento com a idade, com a utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva e progressão na vida académica, consideramos que as temáticas relacionadas com os comportamentos de risco face às IST's devem ser mantidas nos planos curriculares e complementados com informação adicional, nomeadamente com recurso às novas tecnologias. Adicionalmente devem ser reforçadas as estratégias de divulgação dos serviços de SSR disponíveis na comunidade e em particular na Universidade/Escola.

A infeção pelo HPV e a sua associação com o cancro do colo continua a ser um problema de saúde pública onde a prevenção assume especial relevância). Se é consensual que o conhecimento isoladamente pode não promover comportamentos de saúde, este é determinante para aumentar a perceção de vulnerabilidade dos jovens adultos às IST's e refletir a importância do uso de medidas preventivas. Os profissionais de saúde devem promover uma vigilância da saúde dos jovens de forma regular nos serviços de SSR disponíveis, alertando para a importância da vacinação e da realização por rotina da citologia cervico-vaginal e exame pélvico, quando as jovens se tornam sexualmente ativas. Adicionalmente é importante que esclareçam dúvidas e falsas crenças e se promova o bem-estar psicoemocional, porque a falta de conhecimento sobre a infeção por HPV pode estar associadas a estados de ansiedade, medo e graves perturbações da autoestima.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Associação Para o Planeamento da Família (2005). Estudo Diagnóstico sobre Acesso, Qualidade e Necessidades de Formação em Saúde Sexual e Reprodutiva. Um estudo qualitativo. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 40 (41) janeiro/ dezembro.
- (2) Baer, H., Allen, S., & Braun, L. (2000). Knowledge of human papillomavirus infection among young adult men and women: Implications for health education and research. *Journal of Community Health*, 25 (1), 67-78.
- (3) Burd, E. M. (2003). Human papillomavirus and cervical cancer. *Clinical Microbiology Reviews*, 16 (1), 1-17.
- (4) Dinas K., Nasioutziki M., Arvanitidou O., Mavromatidis G., Loufopoulos .P, Pantazis K., Dovas D., Daniilidis A., Tsampazis N., Zepiridis L. & Theodoridis T. Loufopoulos A. (2009). Awareness of human papillomavirus infection, testing and vaccination in midwives and midwifery students in Greece. *J Obstet Gynaecol.*; 29 (6), 542-6.
- (5) Diógenes, M. A. R., Varela, Z. M. V., & Barroso, G. T. (2006). Papillomavirus humano: Repercussão na saúde da mulher no contexto familiar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27 (2), 266-273.
- (6) Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- (7) Gerend, M. A., & Magloire, Z. F. (2008). Awareness, knowledge, and beliefs about human papillomavirus in a racially diverse sample of young adults. *Journal of Adolescent Health*, 42, 237-242.
- (8) Gottvall, M., Tydén, T., Hoglund, A. T., & Larsson, M. (2010). Knowledge of human papillomavirus among high school students can be increased by a educational intervention. *International Journal of STD & AIDS*, 21, 558-562.
- (9) Höglund, A. T., Tydén, T., Hannerfors, A. K., & Larsson, M. (2009). Knowledge of human papillomavirus and attitudes to vaccination among Swedish high school students. *International Journal of STD & AIDS*, 20, 102-107.
- (10) Holcomb, B., Bailey, J., Crawford, K. & Ruffin, M. (2004). Adults' Knowledge and Behaviors Related to Human Papillomavirus Infection. *JABFP*, 17 (1), 26-31.
- (11) Koshiol J., Lindsay L., Pimenta J.M., Poole C., Jenkins D. & Smith J.S., (2008). Persistent human papillomavirus infection and cervical neoplasia: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 168 (2), 123-137.
- (12) Lambert, E. C. (2001). College students' knowledge of human papillomavirus and effectiveness of a brief Educational intervention. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 14 (3), 178-183.
- (13) Leung, A. K. C., Kellner, J. D., & Davies, H. D. (2005). Genital infection with human papillomavirus in adolescents. *Advances in Therapy*, 22 (3), 187-197.
- (14) Li, J., Li, L.-K., Ma, J.-F., Wei, L.-H., Niyazi, M., Li, C.-Q., Xu, A.-D., Wang, J.-B., Liang, H., Belinson, J., & Qiao, Y.-L. (2006). Knowledge and attitudes about human papillomavirus (HPV) and HPV vaccines among women living in metropolitan and rural regions of China. *Vaccine*, 27 (8), 1210-1215.
- (15) López Navarrete, G. E. (2008). Infección por virus de papiloma humano. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 51 (6), 243-244.

- (16) McPartland, T. S., Weaver, B. A., Lee, S.-K., & Koutsky, L. A. (2005). Men's perceptions and knowledge of human papillomavirus (HPV) infection and cervical cancer. *Journal of American College Health*, 53 (5), 225-230.
- (17) Medeiros, R., & Ramada, D. (2011). Knowledge differences between male and female university students about human papillomavirus (HPV) and cervical cancer: Implications for health strategies and vaccination. *Vaccine*, 29 (2), 153-160.
- (18) Oh J.K., Lim M.K, Yun E.H., Lee E.H. & Shin H.R. (2010). Awareness of and attitude towards human papillomavirus infection and vaccination for cervical cancer prevention among adult males and females in Korea: a nationwide interview survey. *Vaccine*, 28 (7), 1854-60.
- (19) Pista, A., Oliveira, C. F., Cunha, M. J., Paixão, M. T., & Real, O. (2011). Prevalence of human papillomavirus infection in women in Portugal: The CLEOPATRE Portugal study. *International Journal of Gynecology Cancer*, 21(6), 1150-1158.
- (20) Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- (21) Prazeres, V., Laranjeira, A.R. & Oliveira, V., (2005). A saúde dos jovens em Portugal. Elementos de Caracterização. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Lisboa: DGS, 2005, 97 p. ISBN 972- 675-137-3.
- (22) Reis, M., e Matos, M., Simões, C. & Diniz, J. (2010). A saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior- dados nacionais 2010. Problemas emergentes e modelo compreensivo. Equipa do projecto Aventura Social.
- (23) Richardson, H., Kelsall, G., Tellier, P., Voyer, H., Abrahamowicz, M., Ferenczy, A., Coutlée, F., & Franco, E. L. (2003). The natural history of type-specific human papillomavirus infections in female university students. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prev*, 12, 485-490.
- (24) Sauvageau ., Duval B., Gilca V., Lavoie F. & Ouakki M. (2007). Human papilloma virus vaccine and cervical cancer screening acceptability among adults in Quebec, Canada. *BMC Public Health*, 7, 304.
- (25) Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2010). *Vacinas contra o HPV*. Reunião de Consenso Nacional Cascais, 19 e 20 de março. Lisboa: Secção Portuguesa de Ginecologia Oncológica da Sociedade Portuguesa de Ginecologia.
- (26) Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2007). *Vacinas HPV: Recomendações*. Lisboa: Secção Portuguesa de Ginecologia Oncológica, Secção Portuguesa de Colposcopia e Patologia Cervico-vulvovaginal.
- (27) Waller J., McCaffery K. & Wardle J. (2004). Beliefs about the risk factors for cervical cancer in a British population sample: The Institute for Cancer Prevention and Elsevier, 38, 745-753.
- (28) Winer, R. L., & Koutsky, L. A. (2004). The epidemiology of human papillomavirus infections. In T. E. Rohan, & K. V. Shah (Eds.), *Cervical cancer: From etiology to prevention* (Chapter 6). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

COMO AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS SÃO APRESENTADAS EM MANUAIS ESCOLARES DE 16 PAÍSES E QUE FORMAS DE PREVENÇÃO SÃO FACULTADAS

HOW THE SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS ARE PRESENTED IN SCHOOL MANUALS IN 16 COUNTRIES AND WHICH PREVENTION WAYS ARE PROVIDED

Cláudia Ferreira¹, Sandie Bernard², Pierre Clément² & Graça Carvalho¹

¹CIEC, IE, Universidade do Minho, Portugal (bioclaudif@yahoo.com) (graca@iec.uminho.pt)

²LIRDHIST, Universidade de Lyon 1, France (SANDIE.BERNARD@UNIV-LYON1.FR) (pclement@univ-lyon1.fr)

RESUMO

No âmbito do projeto Europeu Biohead-Citizen “Biologia, Saúde e Educação Ambiental para uma melhor cidadania” foi levada a cabo uma análise comparativa no tópico “Reprodução Humana e Sexualidade”, para a qual se construiu uma grelha de análise específica aplicada em manuais escolares de 16 países (Alemanha, Chipre, Estónia, Finlândia, França, Hungria, Itália, Líbano, Lituânia, Malta, Marrocos, Polónia, Portugal, Roménia, Tunísia, Senegal). No presente trabalho apresentam-se os resultados sobre a forma como as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são apresentadas nos manuais e que meios de prevenção destas doenças são referidos. A SIDA é a IST mais comumente apresentada, estando presente em todos os manuais escolares analisados dos vários países, sendo que a ocorrência de outras IST (clamídia, herpes genital, papiloma vírus humano, sífilis, gonorreia, cancroide, hepatite viral, vaginite) é variável entre os manuais dos 16 países. No que concerne métodos de prevenção das IST, o uso do preservativo masculino nas relações sexuais é o mais referido, sendo as imagens geralmente de um preservativo masculino enrolado no seu invólucro ou fora deste, ou desenrolado. Os manuais de França Senegal e Tunísia são os que se encontram mais ancorados no modelo Biomédico, providenciando informação científica em abundância e relegando para segundo plano a Promoção da Saúde e do desenvolvimento de competências para um comportamento sexual saudável. Por outro lado, os manuais da Finlândia enfatizam a Promoção da Saúde, facilitando aos jovens o desenvolvimento de competências baseadas no conhecimento que estes adquirem, e assim poderem adotar comportamentos responsáveis para com eles próprios e para com os outros. Nos manuais Marroquinos e Tunisinos encontram-se exemplos de os valores tradicionais de uma cultura própria, que são veiculados juntamente com o conhecimento científico, através de conteúdos morais de forma imperativa. Pode-se concluir que os conteúdos de Educação Sexual e como estes são apresentados nos manuais escolares dos diversos países resultam das interações entre o conhecimento científico, os valores, e as práticas sociais.

Palavras-chave: Manuais, Infecções sexualmente transmissíveis, preservativos, modelo biomédico de saúde

ABSTRACT

Within the European project BIOHEAD-CITIZEN "Biology, Health and Environmental Education for better citizenship" was carried out a comparative analysis on the topic "Human Reproduction and Sexuality," for which was built a grid of analysis applied to specific textbooks of 16 countries (Germany, Cyprus, Estonia, Finland, France, Hungary, Italy, Lebanon, Lithuania, Malta, Morocco, Poland, Portugal, Romania, Tunisia, Senegal). In this paper we present the results on how the sexually Transmitted Infections (STI) are presented in textbooks and which means of preventing these diseases are referred to. AIDS is the STI most commonly presented, being present in all the analyzed textbooks of the various countries whereas the occurrence of other STI (Chlamydia, genital herpes, human papilloma virus, syphilis, gonorrhoea, cancrs, viral hepatitis, virginities) is variable among the textbooks of the 16 countries. Regarding methods of prevention of STIs, the use of condoms during sexual intercourse is the most frequently mentioned, and the images were generally of a condom wrapped in its casing or outside it, or unwound. Textbooks from France, Senegal and Tunisia are the most anchored in the Biomedical model, providing abundant scientific information and leaving behind the Health Promotion for the development of competencies for a healthy sexual behaviour. In contrast, textbooks from Finland emphasise Health Promotion, facilitating young people developing their knowledge based competencies and so being able to adopt responsible behaviours for themselves and for the others. In textbooks from Morocco and from Tunisia there are examples of traditional values and specific culture which are transmitted together with scientific knowledge and moral contents in an injunctive way. It can be concluded that Sex Education contents in textbooks of the several countries result of the interaction between scientific knowledge, values and social practices.

Keywords: Textbooks, sexually Transmitted Infections, condom, biomedical health model

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No âmbito do projeto Europeu (FP6) BIOHEAD-CITIZEN "Biologia, Saúde e Educação Ambiental para uma melhor cidadania", coordenado por Graça S. Carvalho (2004) foi levada a cabo uma análise comparativa do conteúdo de manuais de 19 países. O objetivo primordial deste projeto foi esclarecer e melhorar a compreensão de como os diferentes aspetos da cidadania, incluindo as dimensões emocional e social, são promovidos ou poderiam ser promovidos através da Saúde, Biologia e Educação Ambiental (Carvalho & Clément, 2007), e analisar, nos manuais escolares, como o conhecimento científico interage com os valores e práticas sociais dos indivíduos (Clément, 2006). Neste estudo em particular, analisamos o tópico "Reprodução Humana e Educação Sexual" (HRSE) que se refere à vida diária dos jovens. Assim, analisamos se os aspetos biológicos se sobrepõem às questões emocionais e morais que, por sua vez, têm a ver com os padrões específicos de valores e práticas sociais dos diversos países envolvidos neste estudo.

A construção da sexualidade individual parte da construção de valores, tais como a tolerância e o juízo crítico, a liberdade, o respeito e a responsabilidade social (Mamecier & Michard, 2004). A Educação sexual, ao incluir várias dimensões, desde a biológica, afetiva, psicológica e sociocultural, vai ter que lidar com aspetos como o crescimento corporal, as expressões da sexualidade, as relações interpessoais e a saúde sexual e reprodutiva (Vaz, Vilar & Cardoso, 1996). Será que os manuais de biologia contribuem para a responsabilização dos alunos no que diz respeito à sua

sexualidade? Será que ajudam as crianças e os jovens a adquirir, aos poucos, meios adequados, para fazerem as suas escolhas esclarecidas, adotarem um comportamento respeitoso para com eles próprios, bem como para com os outros?

Os manuais escolares, e os currículos representam um nível de precisão dentro do modelo de transposição didática que resulta de várias estratégias (Bérnard & Clément, 2005): (i) conducentes à elaboração de currículos e programas oficiais, a partir de diferentes atores: o Ministério da Educação, os principais responsáveis pelas políticas educativas do sistema, famílias, associações, sindicatos ou grupos políticos, bem como as opiniões pessoais de cada membro da comissão programa; (ii) editores e autores de manuais escolares, numa perspetiva não só educativa mas também de marketing; (iii) difusores de imagens em diversas bases de dados.

A transposição didática (TD) torna possível analisar, por um lado, quais os conteúdos científicos que são selecionados para integrarem os programas escolares e para que nível de ensino (transposição didática externa - TDE) e, por outro, como tais conteúdos são tratados em contexto de sala de aula (transposição didática interna - TDI) (Clément, 2006). Assim, a análise de manuais escolares afigura-se como um elemento primordial na avaliação de como os objetivos educacionais (ao nível normativo dos programas nacionais) são implementados a nível escolar, onde os alunos devem adquirir conhecimentos, competências e desenvolver valores apropriados na direção de um ambiente sustentável. Este estudo baseou-se no modelo KVP (Clément, 2006), de acordo com o qual analisamos as conceções expressas nos manuais analisados como resultado da interação entre os três polos, o Conhecimento científico (K – “Knowledge”), Os sistemas de Valores (V) e as Práticas sociais (P).

No presente trabalho analisamos manuais escolares de 16 países relativamente às interações entre conteúdos, e contextos socioculturais contrastantes. Este estudo focou dois pontos essenciais, associados ao desenvolvimento de um comportamento responsável nos alunos: o controlo da reprodução e das Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nesta sequência, as nossas questões centrais focalizam-se sobre se conteúdos específicos nos manuais escolares e os estilos pedagógicos usados na sua descrição serão os mesmos em países onde a sexualidade é, tradicionalmente, mais livre (Europa) e/ou se estes conteúdos serão influenciados pela religião dominante, como é o caso de países do Norte de África, em que a religião dominante é a muçulmana e em países ortodoxos, como é o caso do Chipre.

2. MÉTODOS E AMOSTRAS

Um ponto essencial da nossa metodologia assentou na construção de uma grelha de análise de conteúdos dos manuais dos vários países. Esta foi desenvolvida no âmbito do projeto europeu BIOHEAD-CITIZEN (Carvalho, 2004) durante o ano de 2004-2005 e, em seguida, testado preliminarmente em alguns manuais. A grelha final foi aplicada em todos os países participantes no projeto. No presente trabalho usamos a parte da grelha referente às Infecções sexualmente transmissíveis (IST), e a utilização de preservativos masculinos e femininos (Figura 1). A presença ou ausência de cada indicador, quer em texto quer em imagens, a nível dos manuais, foi registada na respetiva grelha de análise por cada equipa do projeto.

Figura 1 – Grelha de identificação de preservativos masculinos e femininos e IST e ocorrências de IST nos capítulos relacionados com Reprodução Humana e Educação sexual

CONCEÇÕES	INDICADORES	IMAGENS Nºocorrências	TEXTO Sim/Não	ANEXO
CONTRACEÇÃO MASCULINA	Preservativo masculino			
	Tipo de imagem de preservativo masculino:	Foto	Esquema/Desenho	
	- Preservativo enrolado			
	- Preservativo desenrolado			
	- Pénis em ereção com preservativo			
	- Pénis com preservativo a penetrar a vagina			
CONTRACEÇÃO FEMININA	Preservativo feminino			
	Tipo de imagem de preservativo feminino:	Foto	Esquema/Desenho	
	- Preservativo enrolado			
	- Preservativo desenrolado			
	- Preservativo no interior da vagina			
	- Outro (especificar em anexo)			
INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)	Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)			
	Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST)			
	- SIDA			
	- HIV			
	Outras IST:			
	- Clamídia			
	- Herpes Genital (HSV)			
	- Verrugas Genitais (HPV)			
	- Sífilis			
	- Gonorreia			
	- Cancroide			
	- Hepatite Viral			
	- Vaginite			
	- Outras (especifique em anexo qual IST)			
	Risco			
	Comportamentos de risco			
	Comportamentos Sexuais			
	Atitudes Sexuais			
	Prevenção das IST			
	Outros (especificar em anexo)			

Neste estudo aplicamos um método contrastante de análise, que obedece a duas etapas: inicialmente a análise de cada manual, individualmente, seguida de uma comparação entre manuais, considerando o contexto sociocultural de cada um.

Estes países diferem consideravelmente entre si, sendo quatro deles não Europeus, incluindo três países essencialmente muçulmanos (Tunísia, Marrocos e Senegal) e um, o Líbano, com uma mescla de religiões (essencialmente muçulmanos e cristãos). Os outros doze países distribuem-se geograficamente pelo Norte, Sul, Este e Oeste da Europa, caracterizando-se os 16 países, por múltiplas culturas e religiões. Enquanto estados seculares, estes países são tradicionalmente

cristãos, com predominância de católicos, protestantes ou ortodoxos. Analisámos 42 manuais de 16 países (tabela 1), sendo que no caso de cinco países (Alemanha, Lituânia, Polónia, Roménia e Senegal) apenas um manual por país foi analisado. Para os restantes 11 países, foram analisados diferentes manuais de diferentes editoras.

Tabela 1 - Lista dos 42 manuais analisados, por país e área geográfica

<i>Área geográfica</i>	<i>País</i>	<i>Nº manuais analisados</i>	<i>Idade</i>	<i>Editora</i>
<i>Europa ocidental</i>	Finlândia	2	13-15	Tanja Lehtonen – WSOY Oppimateriaalit Oy 2006; Markku Kujala & Tanja Lehtonen – Werner Söderström Osakeyhtiö 2005
	França	4	13-14	Nathan 1998
			14-15	Nathan 2003; Hatier 2004; Bordas 2001
	Alemanha	1	14-15	Ulrike Fehrmann 2005 (1993)
	Itália	6	11-13	Garzanti Scuola 2004; Edizione Il Capitello 2001; Fabbri Editori 2004
			14-18	Zanichelli 2006; Edizioni Scolastiche – Bruno Mondadori 1998; Loescher 2001
	Malta	2	13-16	D.G. Mackean 1988; M.B.V. Roberts 1986
	Portugal	3	10-11	Porto Editora 2005
			13-14	Areal Editores 2004
			16-17	Porto Editora 2005
<i>Europa ocidental</i>	Estónia	2	12-13	Avita 1998
			14-15	AS Bit 2003
	Hungria	3	12-13	Dr. Molnár Katalin 2004; Nagymihály Mátyás 2004
			15-16	Dr. Tóth Géza 2003
	Lituânia	1	17-18	Alma littera 1999
	Polónia	1	16-18	Operon 2004
	Roménia	1	13-14	Corint 2000
<i>África do Norte e Médio oriente</i>	Chipre	2	13-14	Ministry of Education & Culture, Middle Education. Administration, Curriculum & Development Service 2001
			15-16	Ministry of Education, Direction of Middle Education & Service of Curriculum Development 2005
	Líbano	8	12-13	Habib 1999; Sciences- Librairie Khoury 2002; Le Pointier 1999
			15-16	Secondary Publishing Company 2000; Le Pointier 1999
			16-17	Center for Educational Research and Development 2002; Le Pointier 2000
	Marrocos	3	13-14	Dar Attakafa 2004
			14-15	Librairie Essalam Aljadida – Addar Alaalamia Likitab 2005
			17-18	Ifriquia Charq 1996
	Tunísia	2	14-15	Centre National Pédagogique 2005
			18-19	Centre National Pédagogique 2005
<i>África Sub-Sahariana</i>	Senegal	1	14-15	Nathan 1996
Total	16	42		

Neste trabalho, focamo-nos nas IST e a sua prevenção (uso de preservativos), assim como o Estilo educacional através do qual estas duas questões são descritas 42 manuais analisados.

Uma vez que o discurso imperativo com um conteúdo moralista tende a bloquear as crianças através da inibição e/ou a rejeição das mensagens (Picod & Guigné, 2005), consideramos pertinente averiguar de que forma os autores dos manuais analisados apresentam estas duas questões: Será que no que toca às IST referidas nos manuais, apenas o estilo imperativo é empregue, ou os métodos contraceptivos são apresentados com suas vantagens e desvantagens (em termos de segurança)? Finalmente, podemos correlacionar as diferenças nos conteúdos e formas com as diferenças socioculturais de um país para outro? Na tabela 2 estão descritos os Estilos Educacionais que podem estar presentes a nível textual.

Tabela 2 - Grelha de identificação do Estilo Educacional no conteúdo textual relativamente a IST e o Uso de preservativos nos manuais

Estilo Educacional	Informativa e Imperativa	Informativa e Persuasiva	Informativa e Participativa	Apenas Informativa
Problemática	Ausente ou presente, mas as soluções são impostas sem argumentos.	Presente, mas a argumentação tende apenas a uma solução específica.	Presente, ou para ser descoberto pelos alunos. Aberto ao debate.	Ausente
Proposta de ação	Ação imposta	Forte sugestão para as ações propostas, que também são os únicos justificados	Ações a ser construídas, ou escolhidas pelos alunos.	Nenhuma
Estilo e Estrutura da frase	Imperativo, injuntivo: “O preservativo é um invólucro muito fino de látex usado pelo homem, deve ser colocado antes da relação sexual e usado apenas uma vez.”	Indicativo: “Cada vez mais utilizado tem a vantagem de ter um papel tanto na contraceção e prevenção de infeções sexualmente transmitidas doenças como a SIDA. ”	Participativa: Diversas práticas contraceptivas são citadas com suas vantagens e seus inconvenientes.	Descritiva, informativa: “Muitos casais querem escolher o momento para ter um bebê; o controlo da natalidade é possível através de métodos de contraceção”.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. IST nos manuais escolares analisados

3.1.1. Diferenças entre os países: ocorrências a nível textual

Com esta designação de IST (ou *Infeções sexualmente transmissíveis*, de acordo com a OMS, 2003) aparece em apenas 11 manuais de oito países (Itália, Chipre, Estónia, Líbano, Hungria, Lituânia, Marrocos e Finlândia). A designação em desuso de DST ou *“Doenças sexualmente transmissíveis”* ocorre em 31 manuais. Verifica-se que, dos 42 manuais analisados, apenas 20 incluem uma secção

dedicada às ISTs ou à SIDA, e apenas quatro (1 do Senegal, 1 da Estónia, e 2 do Líbano) têm um capítulo dedicado exclusivamente às IST. Num manual de Marrocos existe uma parte dedicada às IST num capítulo de Educação para a Saúde. Uma vez que a temática das IST pode ser lecionada em diferentes níveis de ensino, foram definidos dois intervalos de idade: dos 11 aos 15 e dos 15 aos 19 anos de idade (tabela 3).

Tabela 3: Diferentes IST's encontradas no texto dos manuais analisados (incluindo SIDA)

País \ IST	SIDA	Sífilis	Gonorreia	Herpes Genital	Hepatite Viral	Vaginite	Clamidia	Verrugas Genitais	Cancroide
Senegal (1)	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Lituânia (1)	◦	◦	◦	◦	◦	◦	◦	◦	
Finlândia (2)	••	•	••	••			••	••	
Malta (2)	••	••	••	••	••	•			
Romenia (1)	•	•	•			•		•	
Chipre (2)	•◦	•◦	•◦	•◦	•◦				
Hungria (3)	••◦	••◦	••◦	•	◦	••◦		◦	
Líbano (8)	•••◦◦◦	•••◦◦	••◦◦	••◦◦	•	◦•	••◦◦	•◦	
Itália (6)	••◦◦◦	••◦◦◦◦	•••◦◦◦◦	◦	◦	•	◦		
Alemanha(1)	•	•	•						
Estonia (2)	•	•	•	•			•	•	
Marrocos (3)	••◦	•◦	•◦		•◦				
França (4)	•••	•	•	•	•	•	•	•	•
Tunisia (2)	•◦	•	•						
Portugal (3)	••			•	••				
Polónia(1)	◦								

IST's nos manuais escolares: • estudantes de 11-15 anos de idade ◦ estudantes de 15-18 anos de idade

As IST são, de forma geral, mais frequentemente referidas nos manuais escolares da faixa etária dos 11 aos 15 anos de idade, com exceção dos manuais analisados da Lituânia e da Polónia, onde estas são mais frequentes em manuais de faixas etárias superiores. A SIDA é a única IST citada em todos os manuais analisados, e explicada juntamente com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). A sífilis e a gonorreia estão presentes nos manuais analisados de todos os países, com exceção de Portugal e Polónia.

Em Portugal, para além da SIDA, a hepatite viral e o herpes genital são as únicas IST citadas nos manuais analisados. Os manuais da Alemanha e Tunísia apenas mencionam a Sífilis e Gonorreia, para além da SIDA. O herpes genital está referido nos manuais de 11 países e a hepatite viral em 10. As outras IST referidas (tabela 3) surgem em praticamente metade dos manuais analisados, com exceção do Cancroide, que é a única IST referida nos manuais Senegaleses, para além da SIDA e num Francês (Bordas, 2001 – ver tabela 1). Existem manuais de alguns países (Senegal, Lituânia, Finlândia, Malta, Roménia e Chipre) que contêm uma longa lista de IST com informação científica superior aos outros manuais.

3.1.2. Diferenças entre os países: ocorrências a nível de imagens

Relativamente à ocorrência das IST em imagens, calculamos a média de imagens de IST's por manual e por país (Figura 2).

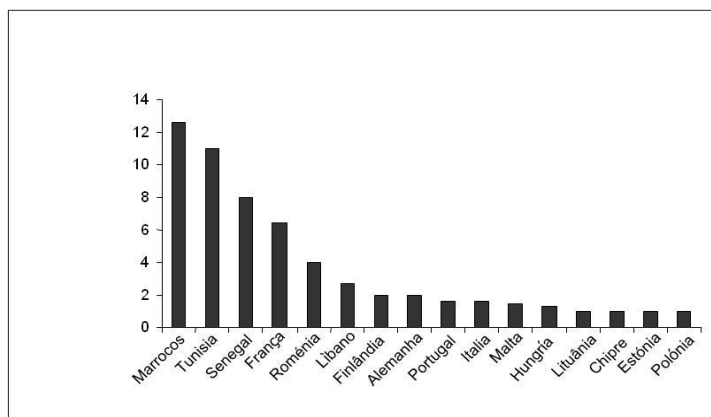


Figura 2 – Média de Imagens de IST's/manual/País

É nos manuais analisados de Marrocos, Tunísia, Senegal e França que encontramos o maior número de imagens de IST (Figura 3), com pelo menos seis imagens por manual. Dos países referidos, apenas nos manuais do Senegal o número de imagens de outras IST é superior ao número de imagens referentes à SIDA. Podemos deste modo concluir que:

- Em manuais do Líbano, a IST mais referida em imagens é a SIDA/HIV;
- Nos manuais da Finlândia, Portugal, Alemanha e Malta, predominam imagens referentes a outras IST;
- Nos manuais da Roménia, Hungria e Itália, a Sida/HIV e outras IST aparecem em idêntica proporção.
- Nos manuais analisados da Lituânia, Chipre Estónia e Polónia, está presente apenas uma imagem de IST por manual, sendo no caso da Lituânia uma imagem da SIDA/HIV e nos outros três manuais uma imagem de outra IST.

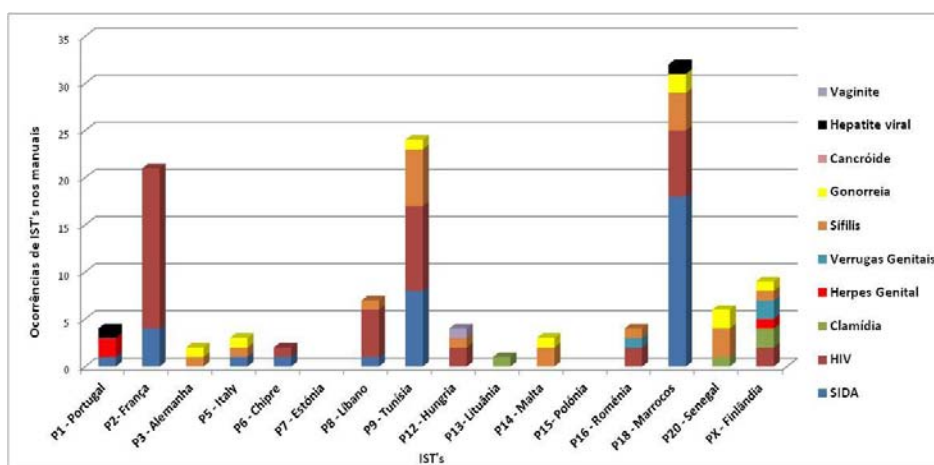


Figura 3 – Ocorrências de IST em imagens nos manuais analisados de cada país

Esta predominância da SIDA/HIV quer em texto quer em imagem reflete a cada vez maior importância dada a uma doença considerada uma epidemia dos tempos modernos, o que levou a uma tomada de consciência e medidas de uma grande parte dos governos (Baron, 1999).

Alguma explicação de ordem religiosa poderá explicar o número relativamente reduzido de imagens nos manuais de alguns manuais, como é o caso da Itália, Malta e Portugal, que apresentam poucas imagens de IST nos seus manuais, e são igualmente países predominantemente católicos. Assim, estes resultados poderão ser parcialmente explicados pelas conceções dos autores dos manuais escolares que têm inevitavelmente o seu reflexo nos livros produzidos (Bernard et al., 2008).

As imagens a nível dos manuais são referentes a doenças de todo o mundo, com exceção dos manuais da Finlândia e do Líbano, onde também estão representadas imagens referentes ao seu próprio país. Curiosamente, e embora a Clamídia seja uma das IST mais comuns a nível mundial (OMS, 2001), apenas 11 dos 42 manuais analisados referem esta doença. É igualmente curioso constatar que as IST's mais frequentes num determinado país não são necessariamente as mais referidas ou descritas. Na Lituânia, a sífilis e Gonorreia são as IST mais comuns (Kuliesytė, 2002) mas o manual lituânico analisado (Alma littera, 1999 – ver tabela 1) ilustra as estatísticas da ocorrência da clamídia nos EUA. Constatamos, então, que o conteúdo de um determinado manual no que toca às IST não está diretamente relacionado com o contexto epidemiológico desse país, embora se verifiquem exceções:

- Num manual finlandês, escreve-se sobre verrugas genitais: *"É a doença sexualmente transmissível mais comum na Finlândia nos dias de hoje"*;
- Um manual da Estónia apresenta dados sobre a distribuição da infeção por grupos etários, no país.
- Em 3 manuais libaneses sobre a SIDA, surgem números estimados de novas infeções por VIH em adultos jovens no Líbano de 1984-1996.

3.1.3. O preservativo e as ist nos manuais escolares

Quando os preservativos são mencionados nos manuais escolares como meio de contraceção, analisámos as imagens tanto de preservativos femininos como masculinos, bem como o que os manuais dizem sobre a forma de uso dos mesmos: enrolados ou desenrolados? Preservativo masculino desenrolado no pénis em ereção? Preservativo feminino dentro da vagina?

Os preservativos são o único método contraceptivo comprovados para reduzir o risco de todas as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo VIH. Podem ser usados como um método de duplo propósito, tanto para a prevenção da gravidez como para a proteção contra as IST. Dos 42 manuais, apenas 26 apresentaram o preservativo para os dois propósitos. Nos 16 restantes manuais, os preservativos são apenas apresentados para a evitar a gravidez, como um método (barreira) de contraceção mecânica.

O preservativo masculino na forma enrolada surge em 28 manuais, como por exemplo na Figura 4A (manual francês). Alguns apresentam também na forma desenrolada, como por exemplo na Figura 4B (manual português). Dois manuais, um de Malta (Figura 4C) e um da Finlândia ilustram um preservativo colocado num pénis ereto. Num manual de Malta é demonstrado como colocar um preservativo num pénis ereto (Figura 5b) onde na legenda se lê *"O preservativo é aqui visto a ser deslizado no pénis ereto"*.



Figura 4 – Imagens de manuais de diversos países (A- França; B- Portugal e C-Malta) mostrando diferentes formas de representar preservativos.

Nos manuais Franceses e Libaneses observam-se esquemas de preservativos dentro da vagina mas sem o pénis, num manual francês o preservativo está representado por um retângulo e noutro manual o preservativo está colocado num objeto em forma de pénis, tudo isto reforçando a ideia de algum tabu com a representação do pénis. Na lituânia não se encontram imagens nos manuais analisados.

Em suma, a grande maioria dos manuais apresenta o preservativo masculino enrolado no seu invólucro ou desenrolado, não se verificando grandes diferenças entre países, com exceção de Malta e Finlândia, onde é feita uma descrição exaustiva de como utilizar um preservativo.

No que diz respeito ao preservativo feminino, apenas 5 manuais o referem a nível textual, e apenas dois, da Estónia e de Portugal, contêm imagens (Figura 5A e B).

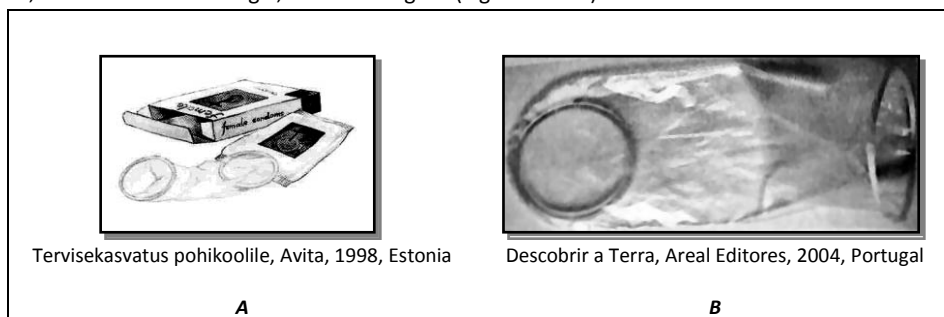


Figura 5 – Preservativo feminino desenrolado num manual estoniano (A) e num português (B).

Verifica-se ainda que em diversos manuais do Líbano e do Senegal, o preservativo feminino é confundido com o diafragma, de tal modo que num manual Libanês é afirmado que preservativo masculino, sendo o melhor para prevenir as IST, encontra no diafragma o equivalente feminino, sendo que nenhum dos manuais esclarece que o diafragma não protege das IST.

3.1.4. Modelo biomédico de saúde

Os Conteúdos dos manuais da França, do Senegal e da Tunísia estão particularmente ancorados no modelo biomédico de saúde. As IST dos manuais escolares dos dois países africanos apresentam os nomes das doenças, especificando o seu agente (bactéria ou vírus), a lista dos sintomas, diferentes

em homens e mulheres, a lista de tratamento e complicações. A lista de sintomas é complementada por imagens chocantes de pessoas infectadas, ilustrando os sintomas (Figura 6).

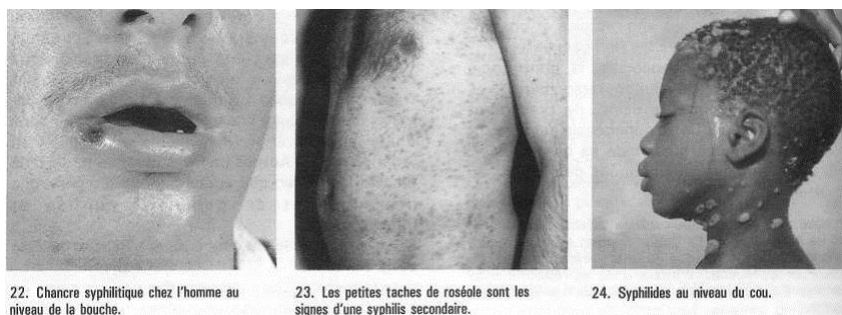


Figura 6 – imagem de um manual Senegalês Syphilis' in Géologie-Biologie, Nathan, Senegal, 1996.

Dando detalhe a questões particularmente biomédicas, os manuais franceses, senegaleses e tunisinos esquecem a parte importante da educação para a saúde, não explicando a forma como a transmissão das IST podem ser evitadas, particularmente no que diz respeito ao VIH.

De todos os manuais, apenas um Marroquino, (Ciências Naturais, 1996 – ver tabela 1), um Libanês (Zakaria, 2002 – ver tabela 1) um Português (Areal Editores, 2004 – ver tabela 1) e um italiano (Fabbri editori, 2004 – ver tabela 1), apresentam atividades diárias de como o VIH não é transmitido (Figura 7).



Figura 7 – Imagens do manual Libanês “O HIV não é transmitido” em Transmissão da Vida do Homem, Zakaria, 2002, Líbano (Tabela 1).

Desta forma, são apresentadas imagens que ilustram atividades diárias que não acarretam risco de transmissão do vírus da SIDA, como seja imagens de pessoas em locais públicos como a rua, piscinas públicas, entre outros, assim como imagens de pessoas a comerem juntas, a beijarem-se e a cumprimentarem-se.

3.1.4. Estilo Educacional

O estilo educacional empregue a nível do texto dos manuais analisados difere de manual para manual, e mesmo dentro do mesmo manual. Em todos os manuais analisados encontramos o estilo informativo a nível textual (tabela 2). Ainda assim encontramos uma certa diversidade entre países. Em manuais de Marrocos, Tunísia, Líbano, e Alemanha, encontramos o estilo persuasivo no que diz respeito à descrição da prevenção das IST.

Num manual de Marrocos (Ifriquia Charq, 1996,p.60 – ver tabela 1), pode-se ler: *“Evita relações sexuais ilegais, usa o preservativo, pratica controlo médico...”*.

Num outro (Essalam Aljadida, 2005, p.139 – ver tabela 1): *“...evita ter vários parceiros sexuais; evita engravidar quando estiveres infetada com o vírus da SIDA; evita a troca de seringas; adota a fidelidade no casal; usa preservativo; usa materiais afiados esterilizados ou matérias descartáveis no tratamento de doenças infecciosas.”*

No manual alemão, verificamos a existência do estilo persuasivo e imperativo. Por outro lado, o estilo participativo está praticamente ausente em todos os manuais, apesar desta forma do manual se dirigir ao aluno adolescente poder ser bastante eficaz, pois poderia incrementar o desenvolvimento de competências nos alunos no que diz respeito a comportamentos envolvendo riscos para a saúde. Esta educação através de uma perspetiva positiva, no que toca às IST é pouco posta em prática, tendo-se verificado o seu uso apenas em dois manuais, um da Estónia e um de Malta.

Neste último (Roberts, 1986, p.356 – ver tabela 1)) pode ler-se: *“Com métodos fiáveis de contraceção disponíveis podes pensar que não há problema em ter relações sexuais tão cedo quanto quiseres, quantas vezes quiseres e com quantas pessoas quiseres. Mas dessa forma vais correr riscos, tanto psicológicos como físicos, que podem magoar e angustiar outras pessoas. Não é sempre fácil lidar com os próprios sentimentos sexuais ou entender os dos outros, mas os pais, professores ou médicos estão geralmente disponíveis para ajudar.”*

É curioso verificar como os valores morais podem estar associados ao estilo imperativo, como é o caso de dois manuais da Tunísia e dois de Marrocos. Nestes últimos podemos ler: *““Evita relações sexuais ilegais”, “Evita ter vários parceiros sexuais” e “Adota a fidelidade no casal”*. Consta-se assim a influência dos valores sociais e até morais, por vezes associados à religião de um determinado país. Deste modo, nestes países apelar a evitar ter relações sexuais ilegais estará relacionado com prostituição e homossexualidade e, pelo menos para as mulheres, não ter relações sexuais antes do casamento. Este tipo de relações é proibido pela religião islâmica e condenadas pela lei marroquina, e deste modo a abstinência é a prática sexual recomendada para evitar contrair IST (Dialmy, 1999).

Ainda em manuais da Tunísia e de Marrocos, o estilo imperativo no texto é também usado quando se referem à higiene dos órgãos sexuais: *“Mantenha o seu corpo limpo especialmente os órgãos sexuais, lavando-os com água e sabão antes e após cada relação sexual”* (Ifriquia Charq, 1996 – ver tabela 1).

Já o estilo persuasivo pode ser encontrado no manual alemão, onde é sugerido que a sexualidade humana está associada a uma relação estável. Neste manual, (Klett, 1993, p.105 – ver tabela 1), lê-se: *“Em regra, o desejo origina nos adultos uma relação duradoura e intensa com o parceiro”*.

Podemos concluir que, para os manuais analisados, o estilo educacional imperativo está associado a valores morais e sociais não é tão encontrado nos países do Norte da Europa, países estes onde o modelo de promoção da saúde está mais desenvolvido.

4. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Os resultados mostram que mais de metade dos manuais analisados não apresentam IST com a sua prevenção através do uso de preservativos, sendo que estas são geralmente apresentadas nos manuais com dados de todo o mundo, e raramente especificamente do país em questão, como é o caso do manual da Finlândia.

Verificou-se ainda que os manuais analisados dão grande importância à SIDA, em comparação com outras IST, até porque em alguns países a SIDA não é a IST mais comum. Não obstante, os manuais de alguns países referem dados relacionados com a infeção do VIH/SIDA no seu próprio país, como é o caso do Líbano e da Estónia.

Relativamente ao uso do preservativo, os resultados mostram a predominância do preservativo masculino em detrimento do feminino. Os manuais do Senegal, Tunísia e França são os que se encontram mais ancorados no modelo Biomédico, providenciando informação científica em abundância e relegando para segundo plano a Promoção da Saúde e do desenvolvimento de competências para um comportamento sexual saudável. Por outro lado, os manuais da Finlândia enfatizam a Promoção da Saúde, facilitando aos jovens o desenvolvimento de competências baseadas no conhecimento que estes adquirem, e assim poderem adotar comportamentos responsáveis para com eles próprios e para com os outros.

Nos manuais Marroquinos e Tunisinos encontram-se exemplos de os valores tradicionais de uma cultura própria, que são veiculados juntamente com o conhecimento científico, através de conteúdos morais de forma imperativa, especialmente em mensagens relacionadas com a higiene dos órgãos sexuais.

Pode-se concluir que as interações entre o conhecimento científico (K), os valores (V), e as práticas sociais (P) determinam quais os conteúdos de Educação Sexual e como estes são apresentados nos manuais escolares dos diversos países.

Agradecimentos

Os autores estão gratos a todos os quantos procederam ou coordenaram o processo de análise de manuais escolares dos respetivos países no tópico da Educação para a Saúde.

Este trabalho teve o apoio financeiro do projeto Europeu FP6, STREP BIOHEAD-CITIZEN (CIT2-CT-2004-506015), do projeto da FCT “Análise de manuais escolares” (PTDC/CED/65224/2006) e do centro de investigação CIEC (unidade 317 da FCT).

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Baron, C. (1999). HIV/AIDS policies and the role of the voluntary sector: a comparative report of Sweden, Germany, and Italy. Ph.D. Thesis. LSE Health, The London School of Economics & Political Science. London.
- (2) Bernard, S & Clément, P. (2005). L'enseignement de la reproduction humaine et de la sexualité humaine dans les programmes du secondaire, en France, de 1950 à nos jours. In *Actes des 4èmes rencontres de l'Association pour la Recherche en Didactique des Sciences et des Techniques*. Lyon : INRP, pp.419-420.
- (3) Bernard, S., Clément, P., Carvalho, G.S, Alves, G., Thiaw, M.S., Selmaoui, S., Khzami, S., Skujiene, G., Berger, D. (2008) Sexual Transmitted Infections and the use of condoms in biology textbooks. A comparative analysis across sixteen countries. *Science Education International*, 19 (2) 185-208.
- (4) Carvalho G.S. (2004). Biology, Health and Environmental Education for better Citizenship. STREP CIT2-CT-2004-506015, European Commission, Brussels, FP6. <http://projectos.iec.uminho.pt/projeuropa/> (retrieved on 14/12/2011).

- (5) Carvalho, G.S. & Clément, P. (2007) Projecto 'Educação em Biologia, Educação para a Saúde e Educação Ambiental para uma melhor cidadania': análise de manuais escolares e concepções de professores de 19 países (europeus, africanos e do próximo oriente). *Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências*, 7 (2), 1-21.
- (6) Clément, P. (2006). Didactic Transposition and KVP Model : Conceptions as Interactions Between Scientific knowledge, Values and Social Practices, ESERA Summer School, IEC, Univ Minho, Braga (Portugal), (pp. 9-18).
- (7) Dialmy, A. (1999) Jeunesse, SIDA et Islam au Maroc. Casablanca : Eddif.
- (8) Kuliesyte, E. (2002) Motery reprodukcinės teisės. Vilnius: UNFPA.
- (9) Mamecier, A. et Michard, J.L. (2004). « La transmission des connaissances dans les programmes », dans L'éducation à la sexualité au collège et au lycée. Guide du formateur, Paris, CNDP, p. 23-28.
- (10) Picod, C. & Guigné, C. (2005). *Education à la sexualité au collège*. Grenoble : CRDP.
- (11) Vaz, J., Vilar, D., & Cardoso, S. (1996). *Educação sexual na escola*. Lisboa: Universidade Aberta.
- (12) WHO – World, Health Organization (2001) Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections. Overview and estimation. Geneva: WHO.
- (13) WHO – World, Health Organization (2003) Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: WHO.

EDUCAÇÃO SEXUAL EM CONTEXTO ESCOLAR: OUTRO ANO ZERO?!

SEX EDUCATION IN SCHOOL CONTEXT: ANOTHER BASIC INTRODUCTION?

Rui Macário ¹ & Helena Martins ²

¹ Agrupamento Vertical de Almancil / rui.macario@gmail.com

² Universidade do Algarve / mhmartin@ualg.pt

RESUMO

Em Portugal a Educação Sexual (ES) em contexto escolar tem uma história legislativa de quase 30 anos, contudo a sua aplicação efetiva e generalizada tem um percurso muito curto e sinuoso. Tendo por base o conhecimento prático desta realidade pretendeu-se realizar um estudo aprofundado para um conhecimento mais efetivo do que se passa no contexto educativo face a esta problemática. A investigação efetuada teve como objetivo principal analisar o processo de implementação de ES em algumas escolas do distrito de Faro, à luz do proposto nas recentes alterações legislativas, partindo do ponto de vista dos seus atores principais – alunos e professores. A investigação decorreu em três escolas do Algarve, sendo a amostra constituída por 61 professores e 564 alunos. Foram utilizados para a recolha de dados foram dois questionários – um para professor e outro para alunos. Foram ainda realizadas entrevistas aos professores Coordenadores de Educação para a Saúde de cada uma das escolas. Os resultados que encontrámos permitem-nos concluir que a ES é já uma realidade nas escolas por nós investigadas e para todos os seus alunos, embora a forma como está a ser levada a cabo ainda necessite de ser aprimorada, nomeadamente em aspetos como: descentralizar a intervenção apenas da vertente fisiológica; desenvolver os projetos de ES de cada um dos grupos-turma segundo a metodologia de trabalho de projeto; apostar em estratégias mais participativas que vão ao encontro dos interesses dos alunos; promover a interdisciplinaridade, uma vez que as áreas curriculares para além das Ciências e da Formação Cívica, também têm colaboração a prestar; apostar mais nas parcerias, nomeadamente com os profissionais de saúde e reforçar a participação e trabalho de parceria com os pais. Concluimos também que a formação é um recurso fundamental para se melhorar a prestação dos professores, pois quando aquela aumenta os docentes demonstram mais conforto, atitudes mais positivas, estão mais predispostos para desenvolver sessões de ES e quando o fazem obtêm melhores resultados.

Palavras-chave: educação sexual, escolas, implementação, professores, alunos.

ABSTRACT

School Sex Education in Portugal has a legislative history of almost 30 years, however its effective and generalized application has a very short and winding journey. In the present study our principal objective is to analyze the implementation process of School Sex Education, according to the proposed in the recent legislative changes, from the point of view of its main actors – students and teachers. The research took place in three Algarve's schools, with a sample of 61 teachers and 564

students. For data collection we used two questionnaires – one for teachers and another for students. We also performed interviews with the Coordinators for Health Education teachers of each school. The found results allow us to conclude that School Sex Education is already a reality in schools investigated by us and for all its students, however the way it is being carried out still needs to be improved, particularly in aspects such as: decentralize the intervention of only the physiological aspects; develop the School Sex Education projects in each class-group according to the project-work methodology; bet on more participatory strategies to meet student's interests; encourage an interdisciplinary approach, since the curriculum areas in addition to Science and Civics, also have to provide collaboration; bet more on partnerships, including health professional and increase participation and partnership work with parents. We also conclude that formation is a fundamental resource to improve teacher's performance, because when that increases teachers demonstrate more comfort, more positive attitudes, get more predisposed to develop School Sex Education sessions and when they do it they get better results.

Keywords: Sex Education, Schools, Implementation, Teachers, Students.

1. INTRODUÇÃO

A Educação Sexual (ES) é definida como sendo uma intervenção intencional, continuada, organizada e abrangente de forma a integrar as várias dimensões da sexualidade. Deve estar focada, quer na informação, quer na formação de crenças, atitudes, práticas e conhecimentos acerca da sexualidade e do comportamento sexual humano (Vilar, 2003; Frade, Vilar, Alverca & Marques, 2003; GTES, 2005; Unesco, 2009).

Embora continuem a subsistir opiniões contraditórias vários estudos e revisões de estudos nacionais e internacionais (Kirby & Brown, 1996; Johnson, Carey, Marsh, Levin & Scott-Sheldon, 2003; Almeida, Vilar, André & Lalande, 2004; Silva, 2006; Sousa, Soares & Vilar, 2007; Ferreira & Vilar, 2009; Poobalan et al., 2009) demonstram que a ES em contexto escolar pode contribuir para o adiamento do início das relações sexuais, para a diminuição de alguns aspetos negativos na vivência da sexualidade e está associada ao aumento de comportamentos preventivos e à capacidade de pedir ajuda, quando necessário. Assim, pode concluir-se que a participação das crianças e jovens em programas de ES contribui fortemente para uma vivência mais feliz, responsável e saudável da sexualidade (GTES, 2005, 2007a, 2007b; UNESCO, 2009).

Instituições de reconhecido mérito e indiscutível independência, como a UNESCO, a UNICEF e a OMS apontam igualmente no sentido de que a ES em contexto escolar é crucial, pelo que a sua efetiva implementação é uma urgência.

Importa ainda destacar o papel fulcral desempenhado pelos professores na dinâmica de implementação da ES em meio escolar. Neste sentido, o sucesso da ES passa pela capacidade destes profissionais desempenharem da melhor forma o seu papel. No entanto, para que tal aconteça é importante que os docentes manifestem concordância com a ES (Ramiro, Reis & Matos, 2008), para além de que necessitam de formação adequada. Assinale-se que a formação adequada está associada à melhoria do conforto, maior envolvimento em ações de ES, mais conhecimentos sobre sexualidade e atitudes mais positivas em relação à ES (Serrão, Barbosa-Ducharne & Vilar, 2006; Veiga, Teixeira, Martins & Melo-Silvestre, 2006; Anastácio, Carvalho & Clément, 2008; Ramiro & Matos, 2008).

Olhando para o panorama nacional constata-se que Portugal é um país com muitos infetados com VIH/SIDA e outras infeções sexualmente transmissíveis (IST). OS números da gravidez adolescente são altos, e as primeiras relações sexuais de muitos jovens acontecem, muitas vezes, após consumo de álcool ou drogas. Pelo exposto fica claro que é de extrema urgência uma efetiva aplicação da Educação Sexual no nosso país. Acrescente-se, ainda, que: os estudantes há muito que a reivindicam; e as associações de pais e encarregados de educação, na generalidade, manifestam-se favoravelmente à sua aplicação.

Vilar, no ano de 1987, alertava que a inclusão da ES nos currículos escolares era ainda um tema polémico, objeto de pressão e negociação política. Quinze anos depois, Rodrigues e Fontes (2002) referiam que “o termo educação sexual é ainda hoje [2002] objeto de múltiplos entendimentos ao nível do seu significado, dos seus conteúdos, da sua eficácia e consequências” (p.178).

A primeira lei a contemplar a ES em meio escolar foi publicada em 1984 (Lei n.º 3/84) – Direito à Educação Sexual e ao Planeamento Familiar – no entanto, os aspetos referentes ao planeamento familiar foram aprovados, mas a parte relativa à ES nunca foi regulamentada. Assim, o processo estagnou no início de 1985. Em 1986 a Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei n.º 46/86), mencionava a ES, embora de maneira ligeira, enquadrando-a na disciplina de Desenvolvimento Pessoal e Social. Em 1999 surge a Lei n.º 120/99 – reforço das garantias de acesso à saúde, regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 259/2000.

Em junho de 2005, através do Despacho n.º 19 737/2005, foi criado um grupo de trabalho (GTES) com o objetivo de proceder ao estudo e propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar. Este grupo de trabalho elaborou um relatório preliminar em setembro do mesmo ano, aprovado pela Ministra da Educação através do Despacho nº 25995/2005, que definiu os princípios orientadores do modelo de educação e promoção da saúde. O GTES continuou o seu trabalho, apresentando em setembro de 2007 o seu relatório final.

As propostas do GTES estiveram na origem da promulgação da Lei n.º 60/2009, em agosto de 2009, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. A sua regulamentação surgiria apenas em abril do ano seguinte através da Portaria n.º 196-A/2010.

Em termos legislativos, e apesar da existência de documentos legais visando a ES há mais de duas décadas, pelas mais diversas razões, ainda não foi efetivamente aplicada generalizadamente no nosso país.

2. MÉTODO

O presente estudo decorreu no primeiro ano após a publicação da mais recente legislação sobre ES (Lei n.º 60/2009 e Portaria n.º 196-A/2010) que, entre outros aspetos, lhe atribuí, novamente, o estatuto de obrigatória em contexto escolar. Assim, pareceu-nos ser relevante e urgente analisar o processo de implementação da ES em contexto escolar.

O objetivo geral do estudo que se apresenta é analisar como foi implementada a ES nas escolas, centrando a análise nas atitudes, nos conhecimentos, no conforto e na formação dos professores, enquanto possíveis fatores condicionantes da efetiva implementação da ES, nas atividades desenvolvidas, nas dificuldades sentidas e nos resultados obtidos.

Como processo metodológico e face ao objetivo geral formulado definimos dois níveis de investigação:

Global informado – pretende-se uma visão integral do processo de implementação da Educação Sexual em cada uma das escolas, através de entrevistas aos Professores Coordenadores de Educação

para a Saúde. Estes dispõem de uma visão total, ainda que apenas informada, dado não terem presenciado caso-a-caso a efetivação das sessões de Educação Sexual.

Prático interno – analisa-se o processo a partir das informações recolhidas, via questionários, dos seus atores – alunos e professores.

A investigação decorreu no ano letivo 2009/2010 em três escolas do Algarve (nomeadas no estudo por X, Y e Z), sendo a amostra constituída por 61 professores e 564 alunos dos 2º e 3º ciclos do Ensino Básico.

Os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram dois questionários – um para professores, adaptado do Questionário de Avaliação de Atitudes dos Professores face à Educação Sexual (Reis & Vilar, 2002), e outro para alunos. Ambos os questionários estavam centrados na implementação da ES, embora o dos professores também contemplasse aspetos como a formação, atitudes, conhecimentos e conforto, enquanto o dos alunos abordava igualmente a concordância com a ES e a avaliação das atividades de ES.

Na análise dos dados quantitativos, provenientes dos questionários, utilizou-se o programa estatístico *IBM SPSS Statistics (versão 17.0)*. Os dados qualitativos obtidos nas entrevistas e nas perguntas abertas dos questionários foram analisados recorrendo à técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1995).

3. RESULTADOS

3.1. Nível Global Informado

A realidade da implementação da ES em cada uma das escolas, na perspetiva dos Coordenadores de EpS, aponta para diferenças significativas em alguns aspetos, porém, no geral, a ES foi orientada segundo uma matriz comum nas três escolas.

Constata-se que houve determinação de objetivos prioritários. A justificação para a escolha das finalidades surge da leitura que os Coordenadores fazem da realidade da sua escola. A exceção é o Coordenador da escola Y, que aponta, objetivamente, as questões prioritárias e faz referência a um inquérito para auscultar as dúvidas/questões/sugestões dos alunos.

Verificámos que existe Gabinete de Apoio e Informação ao aluno, porém apenas tem funcionamento efetivo nas escolas X e Y. Segundo a opinião dos Coordenadores das escolas X e Y, o balanço do funcionamento dos Gabinetes é negativo, uma vez que este foi pouco frequentado.

A parceria desenvolvida com as estruturas de saúde locais, não funcionou da melhor maneira devido, segundo os informantes, à reestruturação do Serviço Nacional de Saúde que decorreu em 2009.

Em relação à parceria com os pais e Encarregados de Educação, nas escolas X e Y estes não participam, enquanto na escola Z encontrámos a situação oposta, uma vez que participam ativamente, nomeadamente pais técnicos de saúde que desenvolvem algumas sessões de ES com os alunos. Em termos de continuidade de implementação da ES, verificámos que as atividades relacionadas com a sexualidade, em anos letivos anteriores, foram de carácter pontual, muito à custa da boa vontade e interesse dos professores.

A implementação da ES no ano letivo 2009/2010, ainda que com ligeiras diferenças relacionadas com determinadas especificidades das escolas, desenrolou-se segundo um guião comum, alicerçado no conteúdo legislativo. Assim, numa lógica vertical, o Coordenador de EpS deu a conhecer aos

diretores de turma o enquadramento, material disponível e outros pormenores relativos ao desenvolvimento da ES em todas as turmas. Por sua vez, os diretores de turma em conjunto com o respetivo Conselho de Turma, estabeleceram a planificação de ES de acordo com as características e necessidades da turma e escolheram o professor responsável pela ES. Nas escolas X e Y os Coordenadores acompanharam o desenrolar do processo através de pequenos relatórios e ou balanços trimestrais elaborados pelos professores responsáveis pela ES em cada uma das turmas. Todos os Coordenadores fazem um balanço positivo da aplicação da ES. As dificuldades mencionadas passam pelo défice de formação e falta de empenho dos docentes, pelas características dos alunos, nomeadamente a diversidade de idades e de experiência no campo da sexualidade, pela carga horária e pela falta de materiais específicos. Em relação à formação dos professores, os Coordenadores referem que a formação prometida na recente legislação ainda não teve lugar, pelo que avançam com situações de recurso que passam por formação facultada por especialistas convidados (escola Y) ou por organizações não governamentais (escola X).

Os materiais utilizados para apoiar as sessões de ES foram essencialmente de três tipos: adquiridos para apoio às atividades, como por exemplo videogramas, *kits* da APF, posters, panfletos; produzidos para apoio às atividades, como fichas, vídeos e “*livro de receitas*” (escola Z); e informativos, como enciclopédias, livros científicos, blogue (na escola X) e artigos.

3.2. Nível Prático Interno

3.2.1. Alunos

Os alunos revelam um elevado grau de concordância com a ES na escola (92%). Os que apresentam opinião negativa são essencialmente os alunos mais novos (10, 11 e 12 anos).

A esmagadora maioria (97,5%) dos alunos refere que a ES já foi abordada nas aulas. De todos os alunos que referem ter tido ES (N=546), 72% só tiveram sessões no presente ano letivo, 25% no presente ano letivo e em anos letivos anteriores e 3% apenas em anos letivos anteriores.

As sessões de ES foram desenvolvidas, essencialmente, nas áreas curriculares de Formação Cívica e Ciências da Natureza/Naturais. Em Área de Projeto também ocorreram algumas sessões, ainda que em termos percentuais seja pouco significativo. Em Educação Moral e Religiosa Católica ocorreu um número significativo de sessões, mas apenas numa das escolas analisadas.

Relativamente aos assuntos abordados, a nível global, catorze dos trinta e três itens de resposta foram desenvolvidos nas sessões de menos de metade dos alunos. Destes apenas quatro – sexo anal, erotismo, abstinência e pornografia – se situam abaixo dos 30% (tabela1).

Ao nível dos anos letivos denota-se, no geral, um aumento das respostas positivas com o aumento da escolaridade, pese embora alguns itens se destaquem mais nos 6º e 9º anos (tabela 1). O ano letivo onde os itens apresentam percentagens mais baixas é o 5º ano, no qual apenas cinco itens têm percentagens acima dos 50%.

Tabela 1 - Assuntos abordados nas sessões de ES (percentagem respostas positivas dos alunos) *versus* conforto/desconforto dos professores.

	<i>5º ano</i>	<i>6º ano</i>	<i>7º ano</i>	<i>8º ano</i>	<i>9º ano</i>	<i>Global</i>	<i>Conforto/desconforto dos professores (de 1 a 5)</i>
Corpo masculino	73	97	74	66	98	81	4,25
Corpo feminino	69	96	74	69	100	82	4,26
Aborto	3	59	51	56	70	49	3,95
Abuso sexual	7	58	56	75	48	50	3,64
Amor	64	66	73	90	76	75	4,30
Funcionamento sexual masculino	64	60	69	63	97	76	4,18
Funcionamento sexual feminino	61	89	69	63	97	76	4,18
Contraceção	20	43	60	78	93	61	4,34
Orientação sexual	16	36	46	74	60	48	4,05
Ejaculação	34	40	48	45	78	49	3,85
Preservativos	17	82	75	97	100	76	4,30
Ciclo menstrual	47	84	71	73	99	75	4,30
Infeções Transmitidas Sexualmente	19	79	80	94	98	76	4,25
SIDA	15	83	78	98	98	76	4,34
Sexo oral	7	31	27	41	45	31	3,43
Transformações na adolescência	39	90	77	85	98	79	4,41
Sexo anal	5	24	17	38	35	25	3,31
Erotismo	2	16	22	27	26	19	3,70
Conceção e Gravidez	49	83	76	84	95	78	4,31
Relações sexuais	42	86	79	91	90	78	4,03
Comportamentos sexuais de risco	19	65	66	75	91	64	4,18
Sonhos molhados	14	38	37	41	42	35	3,77
Masturbação	3	43	50	65	44	42	3,70
A primeira vez	8	45	60	54	49	44	3,84
Decisões responsáveis	25	62	68	70	75	61	4,28
Gravidez na adolescência	21	82	79	87	96	74	4,21
A pílula	18	58	75	85	96	68	4,28
Contraceção de emergência	3	31	44	49	77	42	4,21
Prostituição	5	26	25	63	31	32	3,89
Consultas para jovens	6	33	40	52	62	40	4,05
Abstinência	16	25	26	36	31	27	4,07
Pornografia	8	24	19	48	29	26	3,64
Igualdade de género	37	50	51	66	69	55	4,31

De acordo com os inquiridos as estratégias mais utilizadas para dinamizar a ES foram esclarecimento de dúvidas, visualização de vídeos/documentários/animações, apresentações orais e trabalhos de grupo. As menos utilizadas foram exploração de *kits*, jogos e *roleplay*.

Na sua maioria os alunos mostram-se esclarecidos (64,7%) sobre a temática e evidenciaram um elevado grau de satisfação (68,3% satisfeitos e 21,4%, muito satisfeitos) relativamente à ES que tiveram.

Os alunos consideram ainda que os professores demonstraram um elevado à-vontade (71,6%) quando abordaram as temáticas de ES nas aulas.

A quase totalidade dos alunos das escolas X (91%) e Y (94%) revelam a existência de Gabinete de Apoio, enquanto na escola Z apenas 39% mencionam a sua existência. A grande maioria dos alunos inquiridos (83%) refere não ter frequentado o Gabinete de Apoio e Informação. Dos que frequentaram, verifica-se que vão poucas vezes. A frequência é superior nos alunos do 3º ciclo, embora os que frequentam mais do que três vezes sejam os do 2º ciclo.

3.2.2. Professores

Formação

Apenas 56% dos docentes inquiridos referem ter algum tipo de formação em ES, tendo esta sido obtida principalmente através de Ações de Formação.

Os docentes classificam a sua formação como sendo boa ou suficiente. As mulheres e os docentes de Ciências da Natureza/Naturais são quem melhor autot classifica a sua formação em ES. Existe uma grande disponibilidade para ao envolvimento futuro em ações de formação de ES.

Atitudes

Os professores demonstraram uma atitude positiva em relação à ES. Neste sentido, numa escala de atitudes que variava num *continuum* entre 1 e 5, foi encontrada uma média de 3,95 ($DP=0,91$).

A ES nas escolas é muito importante para as crianças e jovens foi o item que apresentou média mais alta. Em sentido oposto aparece o item *a sexualidade vai-se aprendendo ao longo da vida não na escola*, com uma média de 3,27

Conhecimentos

A escala de conhecimentos traduzia-se na resposta a um conjunto de 9 questões, pelo que os resultados variam entre 0 (nenhuma resposta correta) e 9 (todas as respostas corretas). A média global encontrada foi de 6,67 ($DP=1,57$), o que mostra bons conhecimentos em relação à ES.

De todos os itens, destaca-se *a legislação existente autoriza as atividades de ES nas escolas* ao qual responderam acertadamente 98,4% dos professores e *no ensino básico as sessões de ES são feitas nas Áreas Curriculares Não Disciplinares* que apenas obteve 41,7% de respostas corretas.

Conforto

Os docentes demonstraram um alto conforto em tratar temas relacionados com a ES, pois numa escala que variava entre 1 e 5 (1 significa muito desconfortável e 5 muito confortável) obtiveram uma média de 4,06 ($DP=0,99$).

Os níveis mais elevados de conforto foram encontrados nos itens *pílula*, *transformações na adolescência*, *contraceção* e *SIDA*. Os níveis mais baixos encontram-se nos itens *sexo anal*, *sexo oral*, *abuso sexual* e *pornografia* (tabela 1).

Valoração das finalidades legislativas

Os docentes atribuíram uma elevada média ($M=4,55$; $DP=0,60$) às finalidades da ES, constantes no artigo 2º da Lei n.º 60/2009.

Implementação da ES

Dos docentes inquiridos 85% afirmam já ter dinamizado sessões de ES com os seus alunos.

As atividades a que os docentes recorreram nas sessões de ES, assim como os resultados de cada uma dessas sessões apresentam-se na tabela 2. As atividades obtiveram resultados altos, sendo a média global de 3,82.

Tabela 2. Resultados das atividades utilizadas nas sessões de ES.

	<i>Média</i>
Caixa de perguntas (n=33)	3,64
Roleplay/jogos de papéis (n= 23)	3,17
Apresentações orais dos professores (n=37)	3,54
Visualização de vídeos/documentários/animações (n= 44)	4,09
Esclarecimento de dúvidas (n= 47)	4,15
Fichas de trabalho (n= 29)	3,59
Pesquisas orientadas (n= 25)	3,64
Exploração de Kits educativos da APF (n=24)	3,67
Sessões de esclarecimento com profissionais de saúde (n=30)	3,67
Debates (n=41)	4,10
Jogos (n=26)	3,65
Trabalhos de grupo (n=35)	3,80
Outra (Produção de filmes de sensibilização para as IST) (n=1)	5,00

Dos docentes que dinamizaram sessões de ES (N=52), 63% declaram não ter sentido dificuldades. Os que referem ter tido dificuldades são principalmente os docentes que não têm formação em ES e os que classificam a sua formação como *insuficiente*.

Relações entre as variáveis

No que se refere ao estudo das correlações que encontramos, as que assumem valores significativos encontram-se sintetizadas na tabela 3.

Tabela 3 – Correlações.

	<i>Conforto</i>	<i>Autoclassificação da formação</i>	<i>Prática religiosa</i>
Atitudes	$r = 0,39, p < 0,01$	----	----
Implementação de atividades de ES	$r = 0,47, p < 0,0001$	$r = 0,34, p < 0,05$	$r = -0,34, p < 0,05$
Resultado das actividades	$r = 0,44, p < 0,001$	$r = 0,48, p < 0,001$	----
Dificuldades nas ações de ES	$r = -0,34, p < 0,05$	$r = -0,40, p < 0,01$	----
Conforto	---	$r = 0,57, p < 0,0001$	----

O conforto e as atitudes apresentam uma associação positiva com algum significado ($r=0,39, p<0,01$). Assim, quanto maior é o conforto em temas de sexualidade, mais positivas as atitudes dos docentes relação à ES.

A autoclassificação e o conforto têm uma associação positiva e relativamente significativa ($r=0,57, p<0,0001$), pelo que quanto maior o conforto em temas de sexualidade melhor o docente classifica a sua formação em ES.

A implementação de atividades de ES e a prática religiosa ($r=-0,34, p=0,05$) correlacionam-se negativamente, o que poderá significar que quanto mais alto o grau de prática religiosa do professor, menos dinamiza sessões de ES. A implementação de atividades de ES apresenta uma associação positiva relativamente significativa em relação à autoclassificação ($r=0,34, p=0,05$) e ainda mais em relação ao conforto ($r=0,47, p=0,0001$). Desta forma, os docentes que dinamizaram sessões são os que melhor classificam a sua formação em ES e os que mais conforto têm em relação às temáticas da sexualidade.

Existe uma associação positiva entre o resultados das atividades e o conforto ($r=0,44$, $p<0,001$), e também com a autoclassificação da formação em ES ($r=0,48$, $p<0,001$). Tal indica que quanto maior o conforto a abordar temas de sexualidade e mais alta a classificação da formação, melhor resultam as atividades desenvolvidas nas sessões de ES.

Encontrámos uma associação negativa entre ter sentido dificuldades nas ações de ES, o conforto ($r=-0,34$, $p<0,05$) e a autoclassificação em ES ($r=-0,40$, $p<0,01$). Tais dados indiciam que as dificuldades surgem principalmente aos docentes que apresentam menos conforto em temáticas de sexualidade e pior classificam a sua formação em ES.

4. DISCUSSÃO

Zapian (2003) atribui enorme importância à formação dos professores, atendendo a que os conhecimentos destes na área da sexualidade são pré-requisito para o sucesso da ES em meio escolar. Vários estudos (Serrão, Barbosa-Ducharne & Vilar, 2006; Veiga, et al., 2006; Anastácio, Carvalho & Clément, 2008; Ramiro & Matos, 2008) mostram a importância da formação, associando a frequência desta a maior envolvimento em ações de ES, maior conhecimento científico das várias vertentes da sexualidade humana, atribuição de maior importância e atitudes mais positivas em relação à ES.

Pouco mais de metade dos professores inquiridos têm formação específica em ES, contudo nota-se uma evolução positiva, quer em relação a estudos mais antigos (Sampaio, 1987), quer a outros mais recentes (Reis & Vilar, 2004; Ramiro & Matos, 2008). Esta formação provém maioritariamente de ações de formação, colóquios e seminários.

As atitudes que temos face a um determinado assunto influenciam determinantemente o nosso comportamento, mais ainda se estivermos na presença de um tema polémico (López & Fuertes, 1999). Ora tendo a ES vários temas polémicos, torna-se claro que as atitudes dos professores em relação a esses temas terão uma enorme influência no seus comportamentos ao abordarem essas temáticas.

Os docentes do presente estudo evidenciaram uma atitude positiva em relação à ES, isto é apresentam uma predisposição positiva para avaliar a ES. Comparativamente a outros estudos (Reis & Vilar, 2004; Ramiro & Matos, 2008), que utilizaram a mesma escala (QAAPES de Reis & Vilar, 2002), denota-se uma ligeira diferença positiva. Destaque para dois itens que ostentam uma grande contradição, senão vejamos: “A ES nas escolas é muito importante para as crianças e jovens” foi o item que apresentou média mais alta, enquanto “a sexualidade vai-se aprendendo ao longo da vida não na escola” recolhe a pior média. Se no primeiro caso os docentes demonstram uma forte concordância com a ES, no segundo contradizem-se e constata-se que, pelo menos parte dos professores não tem uma opinião muito sólida sobre a importância da ES em meio escolar.

Em relação aos conhecimentos, os docentes demonstraram que detém muitos conhecimentos na área. Relativamente ao estudo de Reis e Vilar (2004), pese o facto de as escalas possuírem algumas diferenças, proporcionalmente, os nossos resultados são ligeiramente mais altos. A quase totalidade dos professores tem conhecimento da existência de legislação que implementa a ES nas escolas, no entanto, maioritariamente, não dominam o seu teor, pois só assim se compreende que defendam que só os professores de Ciências devem ter responsabilidade na ES e que muitos afirmem que as sessões de ES, no Ensino Básico, não devem ser feitas nas Áreas Curriculares Não Disciplinares.

O conforto dos professores relativamente aos temas da ES é alto, neste caso razoavelmente superior ao estudo de Reis e Vilar (2004).

No ano letivo 2009/2010 a quase totalidade dos alunos refere ter tido ES. Comparativamente com o estudo de Costa (2006) onde 60,7% dos alunos inquiridos referia que a ES tinha sido abordada algumas vezes, sobressai uma enorme diferença, alicerçada na discrepância percentual e no carácter pontual que as sessões de ES assumiam.

Apurámos que as sessões foram desenvolvidas, essencialmente, nas áreas curriculares de Formação Cívica e Ciências da Natureza/Naturais. A opção por estas áreas curriculares revela-se acertada, uma vez que está de acordo com o referido na atual legislação. No entanto, a ES não se esgota nestas áreas e como tal deve ser transversal a todas as disciplinas. Todavia, excluindo as Ciências da Natureza/Naturais e a Educação Moral e Religiosa Católica encontrámos um contributo quase nulo das restantes disciplinas.

Uma forma de alterar esta situação é apontada pelo GTES (2005) quando diz que cada disciplina deveria procurar qual o contributo que teria a dar, quer para a EpS, quer para a ES. Tal seria desejável e, ao contrário do que se possa pensar, todos os professores têm na sua zona de conforto – espaço onde dominam os assuntos – tópicos que podem desenvolver no âmbito da sexualidade.

Os assuntos abordados nas sessões de ES estão enquadrados na atual legislação porém, podem e devem ser maleáveis de acordo com as características de cada um dos grupos-turma. Os assuntos a abordar devem ter como intenção o concretizar dos objetivos da ES, não esquecendo que esses propósitos passam, não só, pela redução dos comportamentos de risco, como pelas IST e pela gravidez na adolescência, mas igualmente pela promoção da “qualidade das relações interpessoais, a qualidade da vivência da intimidade e a contextualização destas na sua raiz cultural e sócio-histórica” (GTES, 2007a, p. 9).

Analisando os assuntos abordados verificámos que alguns itens como *corpo masculino e feminino, funcionamento sexual feminino e masculino, conceção e gravidez, ciclo menstrual e transformações na adolescência* atingem as percentagens mais elevadas nos 6º e 9º anos. Tal acontece, possivelmente, por ser nestes anos letivos que estes conteúdos fazem parte dos programas curriculares das disciplinas de Ciências da Natureza e de Ciências Naturais e confirma que estas disciplinas são, a par da Formação Cívica, onde mais se efetuam as sessões de ES. Devido aos tópicos em questão podemos concluir que a ES feita nestas disciplinas assume o carácter de transmissão de informação e reforço dos conhecimentos, que se revela importante para alavancar as restantes finalidades da ES.

No 5º ano poucas temáticas são abordadas nas sessões de ES, sendo que um elevado número de tópicos quase não são tratados, o que nos leva a equacionar se os docentes interiorizaram a ideia (incorreta) que estes alunos são muito novos para terem ES, ou pelo menos para abordarem muitas das temáticas. A atual legislação consagra a obrigatoriedade da ES logo desde o 1º ciclo, incluindo neste ciclo de ensino temas como, por exemplo, *abuso sexual e orientação sexual*, que os docentes do nosso estudo decidiram não abordar, inclusive com alunos mais velhos. Por outro lado, temas como *transformações na adolescência e sonhos molhados* deveriam ser abordados dada a fase da adolescência em que se encontram – início da puberdade (Frade et al, 2003).

Os conteúdos menos abordados foram *erotismo, sexo anal, pornografia, abstinência, sexo oral e prostituição*. Se tópicos como *sexo anal e oral, pornografia e prostituição* nos pareça que tal se tenha ficado a dever ao baixo nível de conforto revelado pelos docentes nestes temas e à possibilidade de os terem considerado desadequados aos estádios de desenvolvimento dos alunos, outros como *erotismo e abstinência* não se compreende a sua fraca abordagem, já que o primeiro faz a interligação entre os afetos e a sexualidade, enquanto o segundo seria expectável que tivesse maior abordagem dada a forte influência da Igreja Católica no nosso país, porém aqui encontramos

uma semelhança com estudo de Ramiro e Matos (2008) onde os professores propuseram que este tópico fosse excluído da ES. Por outro lado, em Portugal, nos últimos 30 anos, nem especialistas (Zapian, 2003; Frade, et al, 2003; GTES, 2005) nem a população (Teste Saúde, 2006) defendem uma ES baseada na abstinência.

A nível global, os níveis que alcançam média mais elevada estão quase todos relacionados com a perspetiva biofisiológica da sexualidade. Este facto, a par de muitos dos assuntos mais abordados obterem percentagem mais elevada nos anos letivos em que fazem parte dos conteúdos curriculares de Ciências da Natureza/Naturais, leva-nos a concluir que a vertente médico-sanitária (GTES, 2005) ainda tem aqui uma presença significativa, à semelhança de outros estudos efetuados num passado recente (Serrão, Barbosa-Ducharne & Vilar, 2006; Ferreira & Vilar, 2009).

As estratégias recomendadas para uma ES eficiente passam pelo uso de metodologias participativas centradas nos interesses dos alunos (GTES, 2005; Frade et al, 2003). Segundo os alunos inquiridos, as estratégias mais utilizadas foram o esclarecimento de dúvidas, a visualização de vídeos/documentários/animações, apresentações orais e trabalhos de grupo. Esta informação vai ao encontro do referido pelos professores, que apontam estas atividades como sendo as mais utilizadas e também as que resultaram melhor.

As estratégias mais utilizadas permitem concluir que o trabalho tem decorrido principalmente baseado no diálogo professor-alunos, a partir de esclarecimentos de dúvidas ou em análises de videogramas. Outras metodologias iminentemente participativas, como debates, trabalhos de grupo, pesquisas orientadas, roleplay e jogos, defendidas pelos especialistas (GTES, 2005; Frade et al, 2003; UNESCO, 2009) são deixadas para segundo plano em alguns anos de escolaridade. Acrescente-se que os alunos preferem uma abordagem da ES o mais interativa possível (Ogden & Harchen, 1999).

As sessões de esclarecimento com profissionais obtiveram uma baixa utilização, o que se deve ao facto, atrás mencionado, de no ano letivo 2009/2010 a parceria com os serviços de saúde locais não ter corrido da melhor forma. O resultado desta atividade, segundo os professores, foi médio alto, mas nesta temática terá sempre de ser ponderada a relação entre a preparação científica e a preparação didática dos profissionais de saúde para desenvolverem sessões de ES na escola, pois estes profissionais, à semelhança dos docentes, também necessitam de preparação específica para este fim.

Uma das dificuldades referidas pelos professores relaciona-se com as características e conhecimentos dos alunos. Em nosso entender, este tópico poderá estar relacionado, em parte, com a falta de formação específica, pois a presença de alunos com diferentes idades, graus de conhecimentos ou diferentes vivências, entendido como um entrave, pode deixar de o ser se tais conhecimentos ou vivências forem aproveitados em prol do enriquecimento das sessões de ES. Quando há uma grande disparidade de idades, como é o caso de algumas turmas do 2º ciclo, a questão está necessariamente justaposta à opinião dos docentes sobre a idade ideal para se iniciar a ES e, no presente trabalho verificámos, por exemplo, que no 5º ano poucas temáticas foram abordadas, o que nos leva a concluir que os docentes entendem que estas devem ser abordadas mais tarde, mesmo quando nessas turmas existem alunos mais velhos. Refira-se contudo que a ES deve ser iniciada antes de haver comportamentos sexuais (Ramiro & Matos, 2008), pelo que faz todo o sentido que não seja feita “censura” a algumas temáticas, já que tal levará à preservação de determinados mitos e falta de conhecimentos, e em última análise a um desfecho negativo da implementação da ES.

O funcionamento dos Gabinetes de Apoio e Informação assume-se como o ponto mais débil dentro de toda a dinâmica de implementação da ES nas escolas que analisámos. Os Coordenadores de EpS referiram-no e os alunos confirmam.

Em relação à frequência, os alunos frequentam pouco e os que frequentam vão poucas vezes, possivelmente porque veem os gabinetes apenas como um espaço dos professores, criado por estes sem uma lógica participativa (GTES, 2005; UNESCO, 2009) que também envolva os alunos na frequência, divulgação e dinamização deste espaço. A frequência dos gabinetes é maior junto dos alunos do 3º ciclo, o que acaba por ser natural pois o avançar da adolescência traz consigo mais dúvidas, angústias e receios (López & Fuertes, 1999) que levam os alunos a procurar apoio e esclarecimentos. Os alunos do 2º ciclo vão menos, mas os que vão fazem-no com mais frequência, talvez por uma questão de curiosidade, por encontrarem professores com quem têm mais afinidade, ou até, nalguns casos, por estes espaços lhes garantirem proteção de adultos durante o tempo em que não têm atividades letivas.

Convém não esquecer o importante papel destes gabinetes e não desanimar pela pouca afluência de alunos, pois como refere o coordenador de EpS da escola X “se conseguirmos ajudar um aluno já é ótimo, já justifica estar o gabinete aberto”.

Uma das finalidades do presente estudo era conhecer algumas variáveis que poderiam condicionar o desempenho dos professores na implementação da ES. Assim, procurámos conhecer esta realidade junto dos docentes da nossa amostra com o intuito de comparação com outros estudos e auxílio na análise da realidade de implementação da ES nas escolas.

Encontrámos no presente estudo uma relação positiva que assume valores relativamente significativos entre as variáveis conforto e atitudes, o que permite concluir que, quanto maior o conforto em temáticas de sexualidade, mais positivas são as atitudes dos docentes em relação à ES. Estes resultados vão ao encontro dos do estudo de Reis e Vilar (2004), onde também encontramos uma associação forte entre as atitudes e o conforto, contudo é necessário ter em conta a diferença significativa de dimensão das amostras.

O fator mais preponderante na autoclassificação da formação específica dos professores é o conforto em temas de sexualidade, daí que sejam os docentes com mais conforto os que mais dinamizaram sessões de ES. Curiosamente a formação em ES não tem grande relação com a autoclassificação da formação dos professores, o que nos poderá levar a dizer que, por um lado a formação que muitos docentes tiveram não foi de qualidade e, por outro que alguns têm apostado na formação autodidata.

Detetámos que os docentes que dinamizaram sessões são os que apresentam mais conforto para abordar temáticas de sexualidade. Ao contrário do estudo de Sampaio (1987), encontrámos uma correlação negativa, ainda que pouco significativa, entre a prática religiosa e a implementação de sessões de ES, o que pode significar que os professores com mais religiosidade são os que menos dinamizam sessões de ES.

O conforto é o fator mais correlacionado com a implementação da ES. Assim os professores que revelam mais conforto em temáticas de sexualidade são os que mais dinamizam sessões de ES.

A autoclassificação da formação também é um fator que está relacionado com a implementação da ES, o que nos poderá levar a constatar que a ausência de formação de qualidade é um fator que contribui para a não implementação de ES por parte de alguns professores do nosso estudo, o que vai ao encontro do verificado noutros trabalhos realizados no nosso país (Serrão et al, 2006; Veiga, et al., 2006; Anastácio et al, 2008; Ramiro & Matos, 2008) e dá, em parte, razão a Nogueira, Saavedra e Costa (2008) quando referem que é fundamental implementar programas sexuais para

os adolescentes, mas para tal é essencial trabalhar com os docentes, senão em primeiro lugar, pelo menos em simultâneo.

Verificámos que o conforto e a mais alta classificação da formação são os fatores que conduzem a atividades com melhores resultados, uma vez que encontrámos correlações significativas entre estas variáveis.

As correlações encontradas acentuam o papel crucial que a formação tem na melhoria do conforto, na dinamização de sessões de ES com bons resultados e na diminuição das dificuldades. No entanto, importa mencionar que a formação específica a fornecer aos professores deve ser de ótima qualidade, pois se não o for corre-se o risco de condenar ao insucesso a ES em meio escolar.

5. CONCLUSÃO

Os resultados encontrados permitem-nos concluir que a ES é uma realidade nas escolas investigadas e para todos os seus alunos, embora a forma como está a ser levada a cabo ainda necessite de ser aprimorada, nomeadamente em aspetos como: descentralizar a intervenção apenas da vertente fisiológica; desenvolver os projetos de ES de cada um dos grupos-turma segundo a metodologia de trabalho de projeto; apostar em estratégias mais participativas que vão ao encontro dos interesses dos alunos; promover a interdisciplinaridade, uma vez que as áreas curriculares para além das Ciências e da Formação Cívica, também têm colaboração a prestar; apostar mais nas parcerias, nomeadamente com os profissionais de saúde e reforçar a participação e trabalho de parceria com os pais.

Os professores inquiridos apresentam fortes conhecimentos, atitudes muito positiva em relação à ES e elevado grau de conforto em temas de sexualidade. Encontrámos uma melhoria, relativamente a estudos recentes (Reis & Vilar, 2004; Ramiro & Matos, 2008), que é razoável, no caso da formação e do conforto, e ligeira no caso dos conhecimentos e das atitudes dos professores em relação à ES.

A formação continua a ser um entrave à melhoria do desempenho dos docentes nas sessões de ES, pois como demonstra o presente estudo o aumento desta traz mais conforto, atitudes mais positivas, os professores ficam mais predispostos para desenvolverem sessões de ES e quando o fazem estas resultam melhor. É caso para se dizer, à semelhança de Nogueira, Saavedra e Costa (2008), que primeiro do que os alunos deveriam ser alguns professores a ter formação em ES.

A formação dos professores é então um fator de enorme importância e aqui cabe às instituições de Ensino Superior dotarem os futuros professores de competências na área da ES, mas igualmente importante é não descurar a formação contínua para os docentes que não possuem formação específica. Nesta última deve ser o Ministério da Educação a cumprir o que legislou, proporcionando a formação prometida, quer na Lei n.º 60/2009, quer na Portaria n.º 196-A/2010. Relativamente à formação é importante não esquecer que só se poderá efetuar uma intervenção de qualidade nas escolas se o corpo docente tiver uma preparação adequada.

Em resposta à questão que serve de título ao presente trabalho podemos constatar que face a algumas ações de ES que foram acontecendo de forma esporádica no passado recente, ao crescente número de professores com formação específica e ao empenho de alguns docentes, nomeadamente dos coordenadores de EpS, não se trata de um novo ano zero, mas possivelmente do ano um da implementação da ES em contexto escolar.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Almeida, A.N., Vilar, D., André, I.M., & Lalanda, P. (2004). *Fecundidade e contraceção: Percursos de saúde reprodutiva das mulheres portuguesas*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa
- (2) Anastácio, Z., Carvalho, G. & Clément, P. (2008). *Conceções dos professores de 1º CEB sobre o contributo da Educação Sexual para a Promoção da Saúde e a sua relação com a formação*. In Pereira, B., Carvalho, G. (coord.). *Atividade física, saúde e lazer: modelos de análise e intervenção*. Lisboa: Lidel.
- (3) Bardin, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- (4) Costa, A. (2006). *A Educação Sexual numa perspetiva de Educação para a Saúde: um estudo exploratório na Escola Secundária Pluricurricular de Santa Maria Maior de Viana do Castelo*. Tese de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- (5) Ferreira, P., & Vilar, D. (2009). *A educação sexual dos jovens - Conhecimentos e Fontes*. *Educação Sexual em Rede*, 5, 2-53.
- (6) Frade, A.; Vilar, D.; Alverca, C. & Marques, A. M. (2003). *Educação Sexual na Escola – Guia para Professores, Formadores e Educadores*. Lisboa: Texto Editora.
- (7) GTES (2005). *Relatório Preliminar*. Lisboa.
- (8) GTES (2007a). *Relatório Progresso*. Lisboa.
- (9) GTES (2007b). *Relatório Final*.
- (10) Johnson, B. T., Carey, M. P., Marsh, K. L., Levin, K. D. e Scott-Sheldon, L.A.J. (2003). *Interventions to reduce sexual risk for the Human Immunodeficiency Virus in adolescents, 1985-2000*. *Arch Pediatric Adolescent*. 157. 381-388.
- (11) Kirby, D. e Brown, N. (1996). *Condom availability programs in US schools*. *Family Planning Perspectives*. 28 (5). 196-202.
- (12) Nogueira, C.; Saavedra, L.; Costa, C. (2008). *(In)visibilidade do género na sexualidade juvenil: propostas para uma nova conceção sobre a educação sexual e a prevenção de comportamentos sexuais de risco*. *Pro-Posições, Campinas*, 19, (2), 59-80.
- (13) Ogden, J. & Harden, A. (1999). *The timing format and content of school based sex education: an experience with a lasting effect?* *British Journal of Family Planning*, 25 (3), 8-115.
- (14) Poobalan, A., Pitchforth, E., Imamura, M., Tucker, J., Philip, K., Spratt, J., Mandava, L. & Teijlingen, E. (2009). *Characteristics of effective interventions in improving young people's sexual health: a review of reviews*. *Sex Education*. 9 (3). 319-336.
- (15) Ramiro, L, Reis M., & Matos, M. G. (2008). *Educação Sexual: Propostas para Escolas*. In Matos, M. G. *Sexualidade, segurança & sida - estado da arte e propostas em meio escolar*.
- (16) Ramiro, L. & Matos, M. G. (2008). *Perceções de professores portugueses sobre educação sexual*. *Rev. Saúde Pública*, 42 (4), 684-692.
- (17) Reis, M. H., & Vilar, D. (no prelo) (2002). *Questionário de Avaliação de Atitudes dos Professores face à Educação Sexual*. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*. Londres: Routledge.
- (18) Reis, M. H. & Vilar, D. (2004). *A implementação da educação sexual na escola: atitudes dos professores*. *Análise Psicológica*, XXII (4), 737-745.

- (19) Rodrigues, I., Fontes A. (2002). *Identificação do papel da escola na educação sexual dos jovens*. Investigações em Ensino de Ciências, 7, 177-187.
- (20) Sampaio, M. M. (1987). *Escola e Educação Sexual*. Lisboa: Livros Horizonte.
- (21) Serrão, C., Barbosa-Ducharne, M. & Vilar, D. (2006). *Opiniões dos professores em relação à Educação sexual na escola*. In N. Machado, M.I. Lima, M.M. Melo, A. Candeias, M-I. Grácio & A. Calado. VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Évora: Departamento de Psicologia, Universidade de Évora. 2-20.
- (22) Silva, I. V. P. (2006). *Educação para os Valores em Sexualidade: Um Estudo com Futuros Professores e Alunos do 9º Ano de Escolaridade*. Tese de Mestrado. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- (23) Sousa, A. P., Soares, I. S., & Vilar, D. (2007). *Lessons learnt from a secondary school Sex Education Program in Portugal*. Sex Education , 7 (1), pp. 35-45.
- (24) UNESCO (2009). *International Guidelines on Sexuality Education: an evidence informed approach to effective sex, relationships and HIV/STI education*. Acedido a março 25, 2010 em <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>
- (25) Veiga, M. L., Teixeira, F., Martins, I. & Meliço – Silvestre, A. (2006). *Sexuality and human reproduction: a study of scientific knowledge, behaviours and beliefs of portuguese future elementary teachers*. Sex Education: Sexuality, Society and Learning, 6(1), 17-29, Routledge: Taylor and Francis.
- (26) Vilar, D. (1987). *A aprendizagem sexual e educação sexual*. In F. Allen Gomes, A. Albuquerque, & S. Nunes, *Sexologia em Portugal, II* (pp. 165-179). Lisboa: Texto Editora
- (27) Vilar, D. (2003). *Falar disso: a educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento.
- (28) Zapiain J. (2003). *A educação afetivo-sexual na escola*. Sexualidade e Planeamento Familiar, APF, 36, 8-33.
- (29) (2006). *Sexualidade: portugueses satisfeitos, mas em risco*. Teste Saúde, 60, 18-23.

EDUCAÇÃO SEXUAL NO 2º CICLO DO ENSINO BÁSICO – DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO À INTERVENÇÃO

SEXUAL EDUCATION AT BASIC SECOND STAGE - FROM SITUATION ASSESSMENT TO INTERVENTION

Ermelinda Batanete¹, Manuel José Lopes² & Agostinho Arranca³

¹Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem/ eb@uevora.pt

²Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem/ mjl@uevora.pt

³Escola EB2 D. João IV de Vila Viçosa/ agostinhoarranca@sapo.pt

RESUMO

A Lei nº60/2009 estabeleceu o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, no ensino básico e secundário, no âmbito da educação para a saúde. Os atores destes contextos educativos foram assim confrontados com uma lei que lhes exigia novas competências e novos papéis, mas acima de tudo com dúvidas: Como passar do legislado à prática? Quais as alterações organizacionais que tal legislação exige?

Face ao conjunto de questões atrás colocadas optou-se pela metodologia de investigação-ação. Na fase diagnóstica procedeu-se à aplicação de um conjunto de instrumentos dos quais destacamos o questionário: avaliação de atitudes dos professores face à Educação sexual (QAAPES)¹; conceções e práticas face à Educação sexual – versão para professores e versão para pais²; perceção dos alunos 2º ciclo acerca da educação sexual.

Os resultados apresentados reportam-se apenas à primeira fase do processo. Os dados permitiram-nos constatar o reconhecimento pelos diversos atores da educação sexual na escola como uma necessidade explícita. Na opinião dos jovens esta deve ser uma ação conjunta de professores, profissionais de saúde e pais e deveria ser abordada numa disciplina obrigatória. Os professores entendem que diz respeito a todos os professores e que deve ser abordada preferencialmente na componente letiva. Para estes a principal finalidade da educação sexual é desenvolver as competências dos alunos para que consigam viver a sua sexualidade de uma forma mais saudável. Para os pais a principal finalidade é prevenir situações graves como gravidez na adolescência e SIDA e deveria ser desenvolvida por especialistas na temática, numa disciplina obrigatória.

O reconhecimento da educação sexual na escola como uma prioridade é unânime entre os diversos atores, no entanto, existe alguma divergência de perspetivas acerca da forma como esta deve ser operacionalizada.

Palavras-chave: “Educação sexual”; sexualidade; jovens; escola

ABSTRACT

The law 60/2009 established the implementation of sexual education in schools, both primary and secondary, within education for health. The actors of these educational contexts were confronted with one law that demanded from themselves new skills and roles, but above all they were

confronted with doubts: How do we go from the law theory to the practice? Which are the organizational changes that such a legislation demands?

Due to these questions we have opted to use an investigation-action methodology. During the assessment phase we implemented a set of tools, such as the interview and the questionnaire: assessment of teachers' attitudes towards Sexual Education (QAAPES)¹; conceptions and practices towards Sexual Education – teachers' version and parents' version²; Basic second stage students' perception of Sexual Education.

The presented results refer only to the first stage of the process. Data allowed us to acknowledge that the various actors recognize sexual education in schools as an explicit need. According to the youngsters it should be a joint action of teachers, health professionals and parents and it should be a mandatory subject. Teachers believe that all teachers should be involved and that it should be approached preferentially within the school program. According to the teachers the principal aim of sexual education is to develop students' competencies so that they can live their sexuality in a healthier way. According to parents the principal aim is to prevent critical situations such as teenage pregnancy and AIDS and it should be approached by specialists, as a mandatory subject.

Recognizing Sexual Education as a priority in the school is consensual between the various actors. However, there are still divergent perspectives on how it should implemented.

Key-words: "Sexual Education"; sexuality; youngsters; school

1. INTRODUÇÃO

Pretende-se através deste artigo apresentar os dados obtidos no processo investigativo sob a metodologia de investigação-ação, relativos ao diagnóstico de situação face à Educação sexual (ES) na Escola EB2 D. João IV, desenvolvido no âmbito do trabalho de doutoramento do primeiro autor. A primeira fase da investigação, diagnóstica, centra-se nas atitudes dos professores do 2º ciclo do ensino básico relativamente à implementação da educação sexual em contexto escolar e nas concepções destes, dos pais e dos estudantes acerca da ES. Pretende conhecer as concordâncias e/ou divergências entre os diversos atores do processo educativo relativamente à ES na escola de forma a permitir delinear estratégias no sentido da operacionalização efetiva da ES em contexto escolar

O reconhecimento progressivo das características dos adolescentes, bem como das suas necessidades e problemas tem vindo a suscitar um interesse crescente o que muito tem contribuído para o debate à volta da educação sexual. Decorrente dos processos de desenvolvimento próprios da infância e da adolescência, os indivíduos encontram-se mais vulneráveis às influências sociais, que consequentemente podem ser determinantes na aquisição e consolidação de comportamentos relacionados com os estilos de vida, nomeadamente os relacionados com a sexualidade

Os Trabalhos publicados que abordam esta problemática^{3,4,5,6,7,8}, confirmam e constataam a precocidade do início das relações sexuais entre os adolescentes, a inexistência de um parceiro sexual regular e a reduzida utilização sistemática do preservativo nas situações de risco acrescido. Para além destes trabalhos, tem-se verificado um aumento da percentagem de gravidez na adolescência, segundo o relatório do Fundo das Nações Unidas para a População⁹ (FNUAP), Portugal regista 19 nascimentos por cada 1000 adolescentes entre os 15 e os 19 anos. Sendo ainda um dos maiores problemas o aumento das infeções sexualmente transmissíveis, nomeadamente do vírus da imunodeficiência humana/ síndrome da imunodeficiência adquirida, VIH/SIDA, metade de todas as

novas infeções por VIH/SIDA, cerca de 6000 diariamente, acontecem entre jovens com idades entre os 15 e os 24 anos¹⁰.

Perante este panorama tornam-se relevantes as intervenções de educação sexual dirigidas aos indivíduos nesta fase da vida. Até porque é inquestionável o papel crucial que a sexualidade desempenha no crescimento e desenvolvimento do adolescente, no relacionamento interpessoal, no respeito, na comunicação, no amor, na autoestima, na assertividade e na autoconfiança.

A Educação Sexual nas escolas portuguesas tem tido um percurso difícil e irregular, sujeita a controvérsias e debates entre os vários intervenientes do processo educativo.

Esta questão teve o seu enquadramento legal através da Lei 3/84, de 24 de março¹¹. Apesar desta lei se centrar fundamentalmente sobre o direito ao planeamento familiar, inclui a primeira menção jurídica sobre o direito à educação sexual. Assim, no seu artigo 1º reconhece-se que o Estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação. E no artigo 2º responsabiliza os professores conjuntamente com os pais pela educação sexual de educandos e filhos.

Desde então, são vários os diplomas legais e documentos orientadores que contemplam a saúde dos adolescentes com enquadramento da educação sexual. Recentemente a Lei nº60/2009¹² veio estabelecer o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, no ensino básico e secundário, no âmbito da educação para a saúde. Prevê o desenvolvimento de um programa sistemático, holístico, baseado na promoção de competências pessoais e sociais, centrado nas necessidades de um público-alvo específico. Com esta lei, as escolas viram-se confrontadas com uma nova realidade: a necessidade / obrigatoriedade de Implementar a educação sexual. Perante a convicção de que muito havia para mudar, surgiram incertezas, de como transpor a teoria para a prática e que transformações têm de ser operadas ao nível das organizações escolares para dar resposta a esta lei.

Pela sua relevância no desenvolvimento humano, a educação sexual deverá ser abordada de acordo com a idade dos estudantes, através de ações com continuidade, organizadas segundo a metodologia de projeto¹³. É assim imperativo, antes de se iniciar um programa, a identificação das necessidades daqueles a quem se destina. Um diagnóstico de situação rigoroso e que abranja todos os atores do processo educativo é o ponto de partida para a eficácia de qualquer programa.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A investigação encontra-se ancorada na metodologia de investigação-ação (IA). A opção por esta metodologia prende-se com o facto de a investigação-ação ser um método essencialmente prático, que lida com problemas reais¹⁴. Implica agir para melhorar a prática e estudar sistematicamente os efeitos da ação desenvolvida^{14,15}, sendo autoavaliativa (as modificações são constantemente avaliadas) e cíclica (as descobertas iniciais geram possibilidades de mudança a serem implementadas no ciclo seguinte)^{14,15}.

O estudo teve assim início com a análise da situação da prática, constituindo-se esta como a primeira etapa de todo o processo.

A primeira fase da investigação, aqui apresentada, foi orientada de acordo com um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa visando conhecer as atitudes, concepções e práticas dos professores, as concepções e práticas dos pais e a percepção dos estudantes acerca da educação sexual.

2.1 Sujeitos

A população do estudo foi composta por 26 professores, 96 pais e 81 estudantes. Participaram todos os professores e pais que manifestaram vontade para participar no estudo e os estudantes cujos pais autorizaram por escrito a sua participação.

Os dados apresentados na tabela 1 permitem-nos verificar que a maioria dos 26 professores que participaram no estudo, concretamente 69.2%, era do sexo feminino.

Verificamos, também, que as idades variavam entre 24 e 56 anos, sendo a média 42.85 anos com desvio padrão 8.30 anos. Como podemos constatar 46.3% dos professores tinham entre 40 e 50 anos, seguidos de 26.9% cuja idade era igual ou superior a 50 anos e de 19.2% que tinham entre 30 e 40 anos. Metade dos professores tinha mais de 42.50 anos (idade mediana).

Quanto ao número de filhos, verifica-se que 38.5% dos professores não tinham filhos, seguidos de 30.8% que tinham dois filhos.

A maioria dos professores (80.8%) possuía a licenciatura como habilitação académica, seguidos de 11.5% que possuíam, apenas, o bacharelato.

No que concerne ao tempo de docência os professores indicaram valores compreendidos entre 3 e 34 anos, sendo o tempo médio de 19.35 anos com desvio padrão de 8.39 anos. Verifica-se, também, que 38.5% dos professores indicaram tempos de docência entre 10 e 20 anos e que 30.8% referiram tempos entre 20 e 30 anos. Metade dos inquiridos exerciam a atividade docente há mais de 19.50 anos.

Tabela 1 - Características socioprofissionais professores

	<i>n</i>	%
Sexo		
Masculino	8	30.8
Feminino	18	69.2
Grupo etário		
< 30	2	7.7
[30 – 40[	5	19.2
[40 – 50[	12	46.2
≥ 50	7	26.9
$\bar{X} = 42.85$ Md = 42.50 s = 8.30 $x_{\min} = 24.00$ $x_{\max} = 56.00$		
Número de Filhos		
Nenhum	10	38.5
Um	6	23.1
Dois	8	30.8
Três	2	7.7
Sexo dos filhos		
Masculino	8	50.0
Feminino	2	12.5
Masculino e feminino	6	37.5
Habilitações académicas		
Bacharelato	3	11.5
Licenciatura	21	80.8
Licenciatura com especialização	1	3.8
Doutoramento	1	3.8
Tempo de lecionação (anos)		
< 10	3	11.5
[10 – 20[	10	38.5
[20 – 30[	8	30.8
≥ 30	5	19.2
$\bar{X} = 19.35$ Md = 19.50 s = 8.39 $x_{\min} = 3.00$ $x_{\max} = 34.00$		

Relativamente aos pais, responderam ao questionário maioritariamente mulheres (86,5%). A maioria é casada (83,3%) ou a viver em união de facto (5,2%), com idades compreendidas, maioritariamente, entre os 30 e os 50 anos (93,8%).

Dos estudantes, 63.0% são raparigas e 37.0% rapazes, com idades entre os 10 e os 12 anos a frequentarem o 5º (49.4%) e o 6º ano (50.6%) de escolaridade. Destes pré-adolescentes 61.7% viviam em zonas urbanas e 38.3% em zonas rurais.

2.2 Instrumentos

Visando a colheita de dados suscetível de fornecer a informação necessária para o estudo, utilizámos como instrumento de colheita de dados o questionário, tendo sido escolhidos em função dos objetivos e dos sujeitos.

O questionário aplicado aos professores é constituído por dois grupos. O grupo I pretende avaliar as atitudes dos professores face à Educação Sexual, tendo sido utilizado QAAPES (Questionário de Avaliação de Atitudes dos Professores face à Educação Sexual) de Reis e Vilar¹, consta de escalas que incluem três dimensões: avaliativa, cognitiva e emocional. O grupo II pretende identificar as concepções e práticas dos professores em Educação sexual tendo sido utilizado o questionário de Lourenço².

Aos pais/encarregados de educação, no sentido de identificar as concepções e práticas face à educação sexual, foi aplicado o questionário de Lourenço². O questionário contém questões sobre as concepções relativamente à educação sexual em contexto escolar (como, quando, quem, importância e finalidades), o papel dos outros intervenientes no processo educativo e as práticas de educação sexual (o que fazem intencionalmente, o que fazem quando são abordados pelos filhos, como fazem intencionalmente e como fazem quando são abordados pelos filhos).

O questionário para os estudantes foi elaborado, após a definição do problema e dos objetivos, com base na revisão da literatura. As questões: Relações de amizade e grupo de pares; Crenças e atitudes face ao VIH/SIDA; Conhecimentos sobre VIH/SIDA resultaram do questionário de Matos et al¹⁶, o qual foi usado após a devida autorização da autora. A maioria dos itens do questionário tem uma forma fechada, para permitir apenas respostas pré-especificadas e facilitar a quantificação e a análise dos dados. Foi elaborada uma versão provisória do questionário tendo sido sujeita a avaliação por dois peritos na área. Após realizadas as alterações sugeridas pelos peritos, procedeu-se ao pré-teste com 20 sujeitos de características semelhantes aos da amostra.

Os questionários foram sujeitos a apreciação da Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) a qual foi favorável, encontrando-se registados nesta entidade com o nº 0164200001.

A colheita de dados foi realizada com consentimento livre e esclarecido dos sujeitos.

3. RESULTADOS

As análises e procedimentos estatísticos foram efetuados através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versão 17.0). Este capítulo apresenta a análise descritiva da amostra no que diz respeito a professores, pais e estudantes.

PROFESSORES

No que concerne à formação na área da educação sexual verificamos (Tabela 2) que a maioria dos professores, exatamente 19, afirmou que não possuía a formação nesta área. Dos sete professores que afirmaram ter formação, três referiram que frequentaram sessões na própria escola e os restantes quatro disseram ter frequentado cursos, colóquios/congressos, ações de formação e

seminários. Questionados acerca do facto de terem promovido ou participado em alguma ação de Educação Sexual, a maioria dos sete professores (4) respondeu negativamente. Os três professores que afirmaram ter participado ou promovido naquele tipo de ações, um disse que tal consistiu numa aula, outro referiu uma ação extracurricular para alunos e o terceiro indicou ação ou ações no contexto da Área de Projecto. Todos os três professores consideraram que a experiência foi globalmente positiva. Dois dos professores disseram que foram meros assistentes nessa formação e, apenas, um afirmou que foi interveniente ativo. Este professor disse que se sentiu preparado e confortável para abordar os temas relativos à Educação Sexual.

Tabela 2 - Formação na área da Educação Sexual

	<i>n</i>	%
Formação na área de Educação Sexual		
Sim	7	26.9
Não	19	73.1
Tipo de ação frequentada		
Curso	1	14.3
Sessão na escola	3	42.9
Colóquios/Congressos	1	14.3
Ação de formação	1	14.3
Seminários	1	14.3
Promoveu ou participou em alguma ação de Educação Sexual		
Sim	3	42.9
Não	4	57.1
Em que consistiu essa ação ou programa		
Uma aula para alunos	1	33.3
Um conjunto articulado de aulas para alunos	-	0.0
Uma ação extracurricular para alunos	1	33.3
Ação ou ações no contexto da Área de Projeto	1	33.3
Como avalia essa experiência		
Acho que foi globalmente positiva	3	100.0
Houve coisas negativas, mas acho que foi bem	-	0.0
Acho que esta experiência foi mais negativa que positiva	-	0.0
Acho que esta experiência foi muito negativa	-	0.0
Qual o papel nessa ação ou programa		
Fui um(a) dos seus proponentes	-	0.0
Participei na sua organização	-	0.0
Fui um interveniente ativo	1	33.3
Fui um(a) mero(a) assistente	2	66.7

Quanto ao envolvimento dos professores em futuras ações de Educação Sexual, verificamos que onze afirmaram que tencionavam desenvolver atividades nesse âmbito, seguidos de sete que disseram estar disponíveis para colaborar com outros colegas na promoção deste tipo de ações. Com base nos dados obtidos através da aplicação da escala de avaliação de atitudes dos professores face à Educação Sexual obtivemos os resultados que constituem a tabela2.

Na dimensão avaliativa, expressa numa escala de 1 a 5 pontos, os professores obtiveram resultados compreendidos entre 2.60 e 4.80 pontos, sendo a média de 4.02 pontos com desvio padrão 0.48 pontos. Metade dos professores apresentou resultados iguais ou superiores a 4.00 pontos. Atendendo aos resultados obtidos, podemos afirmar que os professores evidenciaram atitudes muito positivas na dimensão avaliativa.

Relativamente aos conhecimentos em relação à Educação Sexual, verificamos que, numa escala de 0 a 15 pontos, os professores obtiveram valores compreendidos entre 6.00 e 14.00 pontos, sendo a média 9.81 pontos com desvio padrão 2.59 pontos. Metade dos professores obteve, pelo menos, 9.00 pontos. Os resultados evidenciam que os professores inquiridos evidenciam possuir bons conhecimentos na área da Educação Sexual.

Para a dimensão conforto relativamente aos temas sexuais, expressa numa escala entre 1 e 5 pontos, observamos valores compreendidos entre 2.10 e 4.63 pontos, sendo a média 3.56 pontos com desvio padrão 0.61 pontos. Metade dos professores obteve resultados superiores a 3.67 pontos. Concluimos que os professores evidenciaram um nível razoável de conforto relativamente aos temas sexuais.

Tabela 3 - Medidas descritivas observadas para as dimensões da escala de Avaliação de Atitudes dos Professores face à Educação Sexual

<i>Dimensão</i>	$\bar{X}$	<i>Md</i>	<i>s</i>	x_{min}	$x_{máx}$
Avaliativa	4.02	4.00	0.48	2.60	4.80
Conhecimentos em relação à Educação Sexual	9.81	9.00	2.59	6.00	14.00
Conforto relativamente aos temas sexuais	3.56	3.67	0.61	2.10	4.63

Para avaliar as práticas da Educação Sexual em contexto escolar procedemos à análise das respostas dadas pelos professores em cada um dos 70 itens propostos por Lourenço². Agrupámos os itens em função das conceções (como, quando, quem, finalidades, importância e papel dos outros intervenientes) e das práticas.

Para os professores, a principal finalidade da educação sexual é desenvolver as competências dos alunos para que consigam viver a sua sexualidade de uma forma mais saudável.

No que respeita às conceções da Educação Sexual relativas ao “como”, constatou-se que 57.7% dos professores concordaram com a afirmação «a educação sexual deveria ser uma disciplina obrigatória» enquanto 42.3% discordaram da mesma afirmação.

Entendem que diz respeito a todos os professores (73.1%) e que deve ser transversal, mas ter um programa definido para cada área curricular disciplinar e não disciplinar (65.4%) Planificada, de forma sistemática, em cada Conselho de Turma (69.2%).

As opiniões dos professores repartiram-se entre a concordância e a discordância nos itens «a educação sexual na escola, deveria ser abordada apenas por professores com formação especializada em ES» (34.6% e 30.8%), «a disciplina de Ciências da Natureza é aquela que está mais vocacionada para desenvolver os temas da ES» (46.2% e 42.3%) e «a educação sexual, na escola, deveria ser lecionada por médicos, enfermeiros, psicólogos ou outros técnicos especializados» (46.2% ou 34.6%).

PAIS

Para os pais a principal finalidade da educação sexual é prevenir situações graves como gravidez na adolescência e VIH/SIDA e outras infeções sexualmente transmissíveis. A maioria dos pais considera que deve ter início no 2º ciclo (64.6%), porque coincide com a entrada na adolescência.

Para estes a ES na escola deveria ser uma disciplina obrigatória (80.2%), abordada apenas por professores com formação especializada em educação sexual (89.6%) ou por médicos, enfermeiros, psicólogos ou outros técnicos especializados (86.4%). Discordam que deve ser só uma responsabilidade dos pais (94.8%).

ESTUDANTES

A maioria dos estudantes refere que a Educação Sexual serve para ajudar a ter mais informação, tirar dúvidas e proteger-se das infeções sexualmente transmissíveis.

Tabela 4 - Finalidades da Educação Sexual na perspetiva dos estudantes

<i>Finalidades da Educação Sexual</i>	
Não ter infeções/doenças sexualmente transmissíveis (N=91)	%
Sim (n=62)	76.5
Não (n=19)	23.5
Ter mais informação (N=91)	%
Sim (n=79)	97.5
Não (n=2)	2.5
Não engravidar (N=91)	%
Sim (n=41)	50.6
Não (n=30)	49.4
Saberes relacionar-te com outra pessoa (N=91)	%
Sim (n=55)	67.9
Não (n=25)	30.9
Retardar o início das relações sexuais (N=91)	%
Sim (n=53)	65.4
Não (n=28)	34.6
Tirar dúvidas (N=91)	%
Sim (n=78)	96.3
Não (n=3)	3.7

Relativamente à informação que consideram ter sobre sexualidade, a maioria considera-se informado (54,3%), 28,4% muito informados e 17,3% pouco informados.

Quando questionados acerca de quem lhes transmitiu mais informação sobre sexualidade referem em primeiro lugar os pais, seguido dos amigos, internet e televisão/rádio. Os professores são pouco referidos como fontes de informação. Os profissionais de saúde foram mencionados apenas por um aluno.

Como fontes de informação privilegiadas na abordagem destes temas, a maioria (32,1%) refere que esta deve ser uma ação conjunta de professores, enfermeiros, médicos e família. A abordagem só pela família é preferida por 29,6% dos jovens e só pelos profissionais de saúde por 22,2%. A participação exclusiva dos professores é delegada para segundo plano sendo referida apenas por 12,3% dos alunos.

Em relação à comunicação sobre sexualidade, os jovens manifestam mais à vontade em abordar estes temas com os amigos (66,7%), os pais (46,9%) e os profissionais de saúde, nomeadamente médicos (32,1%) e enfermeiros (28,4%).

Ainda para a maioria dos jovens, a abordagem dos temas sobre sexualidade deveria ser numa disciplina de educação sexual (72,8%).

Tabela 5 - Fontes de informação

	<i>n</i>	%
<i>Onde obtiveste a informação que Possuís</i>		
País	29	35,8
Irmãos	3	3,7
Amigos	15	18,5
Professores	8	9,9
Livros e Revistas	4	4,9
Televisão / Rádio	9	11,1
Internet	12	14,8
Enfermeiros	1	1,2
Médicos	-	0,0
<i>Quem achas que deve abordar a Educação Sexual</i>		
Professores	10	12,3
Enfermeiros	4	4,9
Médicos	14	17,3
Família	24	29,6
Professores, Enfermeiro, médico e Família	26	32,1
Peritos na área	3	3,7

4. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no estudo, permitiram reconhecer a complexidade do fenómeno. A educação sexual na escola é reconhecida, pelos diversos atores, como uma prioridade, no entanto, se por um lado existe unanimidade acerca do seu caráter de obrigatoriedade, por outro acentuam-se as divergências no que concerne a quem e como deve ser desenvolvida. Os professores entendem que diz respeito a todos os professores e que deve ser transversal, mas ter um programa definido para cada área curricular disciplinar e não disciplinar, planificada, de forma sistemática, em cada Conselho de Turma. Para os pais devia ser desenvolvida por especialistas na temática, considerando estes como professores com formação especializada em educação sexual e técnicos de saúde. Na opinião dos jovens esta deve ser uma ação conjunta de professores, profissionais de saúde e pais.

Partindo do pressuposto que a educação sexual na escola contempla a formação de professores e outros profissionais de forma a terem uma atuação profissional que lhes permita responder às dúvidas das crianças e jovens em matéria de sexualidade, a promoção de atividades de apoio às famílias na educação sexual dos seus filhos, o estabelecimento de parcerias com os serviços de saúde e se consubstancia na “abordagem pedagógica sistemática de temas ligados à sexualidade humana em contexto curricular, quer nas áreas disciplinares, quer nas áreas não disciplinares, numa lógica interdisciplinar, privilegiando o espaço turma e as diferentes necessidades de crianças e jovens”¹⁷ é importante que os docentes, assim como os técnicos de saúde e pais, se consciencializem da relevância do seu papel em todo o processo e que unam esforços no sentido da sua operacionalização. É imprescindível ter como fio condutor, que ensinar educação sexual é muito mais abrangente do que transmitir informações relacionadas com o sexo, passa por refletir sobre emoções, sentimentos e atitudes, treinar competências de vida e fornecer informação cientificamente correta sobre as questões da fisiologia humana¹⁸.

Neste sentido é necessário que as intervenções de educação para a saúde, e a educação sexual como parte integrante desta, sejam baseadas numa perspetiva de desenvolvimento dos jovens, aferidas para o contexto a que se destinam¹³, fundamentadas na evidência científica e, realizadas por profissionais com conhecimentos próprios no domínio específico na área de intervenção, para os quais concorrem os setores da saúde e da educação¹⁹.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Reis, Maria Helena; Vilar, Duarte (2004). A implementação da educação sexual na escola: Atitudes dos professores. *Análise Psicológica*, 4 (XXII), 737-745.
- (2) Lourenço, Maria Cristina (2007). Educação sexual em contexto escolar – das concepções às práticas. Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Manuscrito não publicado.
- (3) Loureiro, F. (1990). Informação Sexual dos Adolescentes - Grau e Conhecimentos, Relação com Comportamentos e Opiniões. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 17-21.
- (4) Lucas, Santos (1993). A sexualidade desprevenida dos portugueses. Lisboa: McGraw Hill.
- (5) Roque, Otilia (2001). Semiótica da cegonha. Jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- (6) Nodin, Nuno (2001). Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- (7) Caldeira, Ermelinda (2005). Comportamentos sexuais dos adolescentes. *Servir*, vol. 53,1, 29-39.
- (8) Matos, M. (2009). Aventura Social. Inquérito *on-line*: Apresenta-te. Consultado em março, 2009, em <http://aventurasocial.com/2005/main.php>.
- (9) FNUAP. Fundo das Nações Unidas para a População (2005). A situação da população mundial 2005 – A promessa de igualdade: Equidade em matéria de género, saúde reprodutiva e objectivos de desenvolvimento do milénio. New York: FNUAP, 45-55.
- (10) Marques, R., Martingo, C., Frade, A. (2006). Saúde sexual e reprodutiva e VIH/SIDA: Uma questão de compromisso e de desenvolvimento. *Fact Sheet Women and AIDS da Associação Austríaca de Planeamento Familiar*. Associação Para o Planeamento da Família.
- (11) PORTUGAL, Assembleia da República (1984). Lei 3/84. Educação Sexual e Planeamento Familiar. *Diário da República*. Iª-série, nº-71, 3-24.
- (12) PORTUGAL, Assembleia da República (2009). Lei 60/2009. Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. *Diário da república*, 1ª Série, Nº151 de 6 de agosto.
- (13) GTES. Grupo de Trabalho de Educação Sexual (2007). Relatório final. Consultado em Novembro, 2011, em http://www.min-edu.pt/data/GTES_RELATORIO_FINAL.pdf.
- (14) Streubert, Helen J., Carpenter, Dona R. (2002). Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista. Lisboa: Lusociência.
- (15) Cohen, L., Manion, L. (1994). *Research methods in education*. 4ª ed. London: Routledge.
- (16) Matos, Margarida (2010). Sexualidade, afectos e cultura – Gestão de problemas de saúde em meio escolar. 1ª Ed. Lisboa: Coisas de Ler.
- (17) Portal de Saúde Sexual e Reprodutiva (2011). Educação sexual na escola. Centro de recursos para professores. Consultado em dezembro, 2011, em <http://www.apf.pt/?area=002&mid=001&sid=001&ssid=001>
- (18) Ramiro, L., Reis, M., Matos, M. (2010). Educação sexual: propostas para escolas. In Matos, M. Sexualidade, afectos e cultura – Gestão de problemas de saúde em meio escolar. 1ª Ed. Lisboa: Coisas de Ler, 203-244.
- (19) Rodrigues, M., Pereira, A., Barroso, T. (2005). Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde. Coimbra: Formasau.

ESTUDO SOBRE SEXUALIDADE E COMPORTAMENTOS DE RISCO DA JUVENTUDE TIMORENSE: SUA IMPORTÂNCIA NA ELABORAÇÃO DE DOCUMENTOS ESCOLARES

STUDY ABOUT SEXUALITY AND RISK BEHAVIORS OF THE TIMORESE YOUTH: THEIR IMPORTANCE IN THE FORMULATION OF SCHOOL DOCUMENTS

Paula Conde ¹; Conceição Santos ²; Jenina Marçal ³ & António Ximenes ⁴

¹ CESAM & Departamento de Biologia, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. pconde@ua.pt

² CESAM & Departamento de Biologia, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. csantos@ua.pt

³ Escola Secundária Pública Infantil, Ai-mutin, Comoro, Díli, Timor-Leste. ninamarcal@yahoo.com

⁴ Escola Secundária Pública 12 de novembro, Becora, Díli, Timor-Leste.

RESUMO

Sendo um jovem país, que durante muitos anos esteve fechado ao mundo exterior, Timor-Leste começou, recentemente, a ser afetado por muitos problemas de saúde individual e coletiva que até então tinham pouca expressividade. Um exemplo desta situação diz respeito à SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis. Documentos oficiais mostram que, embora o primeiro caso de SIDA tenha sido registado apenas em 2003 (ao contrário de muitos outros países que possuem casos de doença desde 1981), o comportamento sexual da população tem provocado um aumento do número de casos desta doença. É necessário, por isso, dotar a juventude timorense de conhecimentos, atitudes e valores que impeçam esta evolução. Apresenta-se aqui uma investigação educativa cujo objetivo foi caracterizar a juventude timorense relativamente aos seus comportamentos sexuais de risco, assim como enunciar os aspetos associados a fatores sociais, económicos e culturais que contribuem para esses comportamentos. Esta investigação orientará a seleção dos conteúdos a introduzir em documentos de apoio para os professores timorenses, que ficarão assim mais habilitados a esclarecer os equívocos e dúvidas que os alunos manifestam sempre que são abordados assuntos ligados à educação sexual. Estes documentos de apoio, na área da Educação para a Saúde, estão a ser elaborados como complemento ao programa de Biologia do Ensino Secundário de Timor-Leste (que está a ser reestruturado por investigadores portugueses), sendo os seus principais objetivos o esclarecimento e a orientação desta população juvenil no sentido da adoção de uma sexualidade saudável e de boas práticas de saúde, em geral.

Palavras-chave: *educação, ensino, sexualidade, Timor-Leste.*

ABSTRACT

Timor-Leste is a young country that was closed to the world during many years. Recently Timor-Leste is being affected by many individual and community health problems that were not common in the country. One example of this situation is the number of AIDS cases and other sexually transmitted diseases. Official documents report that although the first case of AIDS was only

registered in 2003 (contrarily to many other countries that had cases of disease since 1981) the sexual behavior of the Timorese population is raising the number of AIDS cases. Because of this, it is important to give to the Timorese youth values and knowledge that could hamper this situation. This paper presents an educational survey whose goal is to make the characterization of the Timorese youth concerning their risk sexual behavior and also to enumerate the aspects linked to the social, economic and cultural factors that contribute to those sexual risk behaviors. This investigation will serve to select the contents that will be introduced in support documents that are being created for the Timorese professors. With these documents the Timorese professors will be more habilitated to clear up matters about sexual education. These support documents, in the area of Health Education, are being created as complement documents to the Biology Program of the “Ensino Secundário de Timor-Leste” (that is being restructured by Portuguese investigators) being the principal goals of these documents the clear up of the students’ doubts in the class about sexual education, making them more secure and informed about their sexuality.

Keywords: sexual education, sexuality, Timor-Leste.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho aqui apresentado tem por base uma investigação educativa que foi realizada com o intuito de elaborar documentos que abranjam temas respeitantes a Timor-Leste e à sua sociedade. Esses documentos servirão como complementos de informação para os professores timorenses no sentido de estes possuírem conhecimentos mais detalhados acerca das características do seu país e da sua população, uma vez que a bibliografia que existe relativa a Timor-Leste é muito diminuta.

Numa era pósconflito e de marcado crescimento, Timor-Leste alargou a sua comunicação externa aumentando assim a exposição da sua população a problemas de saúde individual e coletiva presentes noutras partes do mundo. Muitos desses problemas estão ligados à sexualidade, nomeadamente ao número de casos de SIDA que se prevê que venham a aumentar (1), num futuro próximo, devido às condições atuais do país e aos comportamentos sexuais da juventude. Sendo a juventude o principal alvo dos esforços de prevenção ligados a esta doença, os resultados de inquéritos (2), feitos aos jovens, sobre os conhecimentos que possuem sobre esta síndrome, e as suas formas de transmissão e prevenção, são muito importantes para caraterizar os seus comportamentos sexuais. De igual forma, o conteúdo de respostas a questões como a idade da primeira relação sexual, o número de parceiros sexuais, o conhecimento das vantagens do uso de preservativos e o início da maternidade (em raparigas adolescentes) completa esta caraterização que será o ponto de partida para a elaboração de documentos escolares que irão ao encontro das necessidades, ao nível da educação sexual, da juventude timorense.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O objetivo deste trabalho foi caraterizar a sexualidade da juventude timorense no sentido de identificar os seus comportamentos sexuais de risco. Para isso foi utilizado um Estudo Demográfico e de Saúde que foi realizado sobre a população de Timor-Leste, durante um período de cerca de seis meses, contado entre o início de agosto de 2009 e o início de fevereiro de 2010 (2). A partir deste grupo populacional foram selecionadas algumas das questões, ligadas à sexualidade, que foram colocadas aos rapazes e raparigas timorenses com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos.

Os dados dizem respeito a uma amostra de 3.144 raparigas e de 994 rapazes. Este estudo foi implementado pelo Diretório Nacional de Estatística do Ministério das Finanças de Timor-Leste, sob a égide do seu Ministério da Saúde, e teve suporte técnico do ICF Macro (agora ICF International) e suporte financeiro de várias organizações internacionais (USAID, AusAID, Irish AID, UNFPA, UNICEF, UNDP e WHO (OMS em português). Os dados presentes num relatório sobre a igualdade de género em Timor-Leste, da organização JICA (Japan International Cooperation Agency), também foram importantes para esta caracterização (3).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados da Tabela 1 apresentam a percentagem de respostas afirmativas a questões sobre sexualidade que foram colocadas aos jovens timorenses entre os 15 e os 19 anos de idade. Relativamente à SIDA, quase metade da juventude timorense revelou nunca ter ouvido falar da doença ou então estava mal informada sobre esta e sobre a forma de transmissão do vírus que a provoca, o VIH. Conforme está registado na tabela apenas 11,2% das raparigas timorenses e 14.7% dos rapazes mostraram possuir conhecimentos totalmente corretos sobre a forma de transmissão do vírus VIH e sobre quais os comportamentos sexuais adequados para evitar contrair a doença. Há ainda muitos jovens em Timor-Leste que acham que este vírus se transmite através da picada de mosquitos e que podem adquirir a SIDA por partilharem uma refeição com uma pessoa infetada, mas não sabem que podem contrair o vírus se praticarem sexo desprotegido com alguém que pode ter uma aparência saudável mas que está infetado com o VIH. Igualmente grave é o facto de somente 26,8% dos rapazes acharem que uma professora com VIH, que não mostra sintomas, pode continuar a lecionar as suas aulas sem pôr em risco a saúde dos alunos, o que mostra que esta faixa da população está muito mal informada sobre esta doença (2).

Tabela 1 - Sexualidade e Comportamentos de Risco dos Jovens Timorenses

Fatores ligados à sexualidade que fizeram parte de um inquérito a que responderam jovens entre os 15 e os 19 anos (resultados em percentagem)	Raparigas (%)	Rapazes (%)
Idade do primeiro casamento:		
Jovens que casaram aos 15 anos	1,4	0,0
Jovens que iniciaram as relações sexuais antes dos 15 anos	1,1	0,8
Jovens que utilizaram preservativo na primeira relação sexual	3,1 (n=272)	6,8 (n=101)
Jovens que demonstraram saber onde adquirir preservativos (sem ser em casa ou através de parentes ou amigos)	10,6	26,0
Jovens que afirmaram recorrer a sexo pago (prostitutas)	-	3,0
Jovens que admitiram possuir múltiplos parceiros sexuais	-	0,3
Jovens que referiram já ter ouvido falar de SIDA/VIH	51,8	56,8
Jovens que acharam que uma professora com o VIH, que não mostra sintomas, deve continuar a lecionar	44,9 (n=1.629)	26,8 (n=564)
Jovens que referiram que o uso de preservativo e a adoção de um único parceiro sexual, não infetado, reduz o risco de contrair o VIH	31,5	34,9
Jovens que demonstraram possuir conhecimentos totalmente corretos sobre a transmissão e prevenção da SIDA/VIH ^(a)	11,2	14,7
Jovens que demonstraram saber quais as instituições de saúde onde podem realizar o teste do VIH para saberem se estão infetados	18,0	27,3
Gravidez na adolescência:		
Raparigas que iniciaram a maternidade aos 16 anos	2,3 (n=634)	n.a.
Raparigas que iniciaram a maternidade aos 18 anos	11,5 (n=607)	n.a.
Raparigas que iniciaram a maternidade aos 19 anos	20,3 (n=557)	n.a.

^(a) Estes conhecimentos incluíam saber que: (i) o uso de preservativo, em todas as relações sexuais, e a adoção de apenas um parceiro sexual, não infetado, reduz a probabilidade de contrair o vírus VIH; (ii) uma pessoa com aparência saudável pode estar infetada com o vírus; (iii) os dois maiores equívocos sobre a doença "que a SIDA pode ser adquirida devido à picada de mosquitos e por partilhar comida com uma pessoa infetada" são falsos. (-) não há dados para as raparigas porque o número de respondentes foi muito pequeno. (n.a.) não se aplica. Excepto quando indicado o nº de raparigas que responderam ao inquérito é igual a 3.144 (n=3.144). Excepto quando indicado o nº de rapazes que responderam ao inquérito é igual a 994 (n=994).

Como para a prevenção da transmissão da SIDA, e de outras doenças sexualmente transmissíveis, é indispensável o uso de preservativo, foram colocadas, aos jovens, várias questões sobre este assunto. Apenas 3,1% das raparigas e 6,8% dos rapazes inquiridos, que já tinham uma vida sexual ativa (272 raparigas em 3.144 e 101 rapazes em 994), admitiram ter usado preservativo na sua primeira relação sexual. De igual forma, também foi baixa a percentagem de jovens que admitiram conhecer um local onde adquirir preservativos (10,6% das raparigas e 26% dos rapazes) o que dificulta ou impede a sua utilização. Relativamente ao recurso a sexo pago e à adoção de uma vida sexual com múltiplos parceiros, as jovens timorenses parecem não ter uma vida sexual promíscua. Em relação às raparigas, o número de respostas positivas a estas questões foi tão diminuto que este não foi mensurável. Já os rapazes admitiram recorrer a sexo pago (3%) e admitiram também possuir mais de um parceiro sexual mas a percentagem de rapazes com este comportamento é muito pequena (0,3%) (2).

As jovens timorenses iniciam cedo as suas relações sexuais. Muitas delas dão início à sua vida sexual mesmo antes dos 15 anos (1,1%) essencialmente porque casam com esta idade (1,4%). Em muitos distritos, é tradicional a família da rapariga receber um dote da família do futuro marido e, por isso, as raparigas acabam por casar prematuramente porque se ficarem grávidas a família já não recebe esse dote e este é mais elevado para as raparigas mais novas (3). No Estudo Demográfico realizado em Timor-Leste os dados revelaram que no grupo de mulheres respondentes, com idades entre os 25 e os 49 anos, cerca de 42% destas mulheres já estavam casadas aos 20 anos enquanto no grupo de homens entre os 30 e os 49 anos apenas 13% dos homens estavam casados com essa idade (2). Provavelmente o costume do pagamento de um dote às famílias das raparigas influenciou estes resultados. Este incentivo económico ao casamento prematuro das raparigas timorenses desencadeia uma série de problemas sociais e de saúde que estão associados a este grupo da população. Um desses problemas é a gravidez na adolescência que é impulsionadora de uma maior mortalidade perinatal (m.p.). Como se pode verificar pela tabela, 2,3% das raparigas iniciaram a sua maternidade aos 16 anos, 11,5% aos 18 anos e 20,3% aos 19 anos. Estes números indicam que 1/5 das jovens timorenses foram mães até aos 19 anos. No Estudo Demográfico realizado entre 2009-2010 foram registados 51 nascimentos por cada 1000 raparigas timorenses entre os 15 e os 19 anos (2) (em 2004 este número era igual a 59,2/1000 e em 2002 era igual a 78,3/1000 (3)) mas a m.p. das raparigas grávidas com menos de 20 anos foi muito elevada quando comparada com a de grávidas mais velhas. Para as grávidas com menos de 20 anos a m.p. foi de 24 bebés que não sobreviveram por cada 1000 grávidas e a das grávidas entre os 20 e os 29 anos de idade foi de 16 bebés que não sobreviveram por cada 1000 grávidas (entendendo-se como m.p. o cálculo da soma do nº de dados mortos com o nº de bebés que morrem entre os 0 e os 6 dias a dividir pelo número de mulheres grávidas, com pelo menos 7 meses de gestação, expresso por mil grávidas).

O principal problema social que surge devido a este costume timorense é o abandono escolar prematuro das raparigas. O facto de casarem tão cedo obriga-as a abandonar o ensino para cumprirem as suas tarefas como esposas, e/ou para se dedicarem ao trabalho no campo, e não permite que estas obtenham uma instrução razoável para se tornarem autossuficientes. Por outro lado, a iniciação precoce dos relacionamentos sexuais das raparigas faz com o número de gravidezes ao longo do seu período de fertilidade seja maior o que acentua a condição de pobreza das famílias.

4. CONCLUSÃO

Tendo em conta os resultados discutidos acima depreende-se que a juventude timorense não pratica uma sexualidade segura. Esta insegurança é provocada por diversas circunstâncias e comportamentos de risco: elevado número de jovens que não possui qualquer tipo de conhecimentos sobre SIDA; grande número de jovens que possui saberes equivocados sobre esta doença o que impede a adoção de comportamentos adequados à sua prevenção; início precoce dos relacionamentos sexuais; muito baixa utilização de preservativos nas relações sexuais; casamento prematuro das raparigas. Se para os jovens rapazes as consequências mais imediatas de uma sexualidade não segura são o contágio com doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), como a SIDA, a sífilis e outras, para as raparigas estas consequências são o contágio com DSTs e a gravidez na adolescência. A gravidez na adolescência é um problema complexo em Timor-Leste que surge devido a várias razões económicas, culturais e sociais: (i) casamento prematuro das raparigas devido ao dote que é pago pela família do noivo à família da rapariga (2,3); (ii) violação das raparigas durante o percurso casa/escola ou quando se afastam para fazerem a sua higiene íntima porque não existem sanitários nas escolas (muitas raparigas abandonam a escola por esta razão); (iii) prática de incesto e violência sexual ou física, por parte de familiares e do marido, o que impossibilita que as raparigas possam controlar a sua vida sexual e a sua maternidade (2,9% das mulheres timorenses são vítimas de violência sexual e 33,5% são vítimas de violência física (2)); (iv) influências religiosas e culturais sobre o (não) planeamento familiar (3); (v) influências negativas dos media sobre as raparigas das zonas urbanas que se prostituem para angariar dinheiro para “estar na moda” (por exemplo, para comprar roupa e telemóveis). Perante esta realidade o Ministério da Educação, em parceria com o Ministério da Saúde de Timor-Leste, reforçou a importância da elaboração de textos, nos novos *curricula* (3), que combatam esta situação. Para responder a este apelo, conteúdos e esclarecimentos sobre estas matérias irão ser introduzidos em documentos de apoio para os professores timorenses (e para outros profissionais e mesmo alunos) que ficarão assim mais habilitados para orientar e alertar os jovens timorenses para os erros e perigos que cometem nos seus relacionamentos sexuais. Esses conteúdos envolverão: a promoção da igualdade de géneros e o apelo ao respeito pela mulher e proteção desta contra qualquer tipo de violência (sexual, física ou emocional); noções sobre saúde reprodutiva e importância do planeamento familiar; conhecimentos sobre as formas de transmissão e prevenção das DSTs e, em particular, da SIDA; apresentação das vantagens da aquisição e uso de preservativos; descrição dos vários métodos de anticonceção; explicação dos perigos associados à gravidez na adolescência.

Pretende-se com estes documentos, na área da Educação para a Saúde, que a juventude timorense seja bem informada no sentido da adoção de uma sexualidade mais saudável e responsável.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Asia-Pacific Country Reviews (2011). HIV and AIDS DATA HUB for Asia-Pacific.. Timor-Leste at a Glance (august 2011).
- (2) Timor-Leste Demographic and Health Survey 2009-10 (2010). National Statistics Directorate, Ministry of Finance and ICF Macro. Democratic Republic of Timor-Leste. Díli. Timor-Leste.

(3) Timor-Leste Final Report (2011). Country Gender Profile. JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY (JICA).

Financiamento: FCT (Fundação para a Ciência e a Tecnologia) Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Bolsa de Investigação no âmbito do QREN - POPH - Tipologia 4.1 - Formação Avançada, participado pelo Fundo Social Europeu e por fundos nacionais do MCTES / Referência da bolsa: SFRH / BPD / 66044 / 2009.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

TEENAGE PREGNANCY: THE ROLE OF THE FAMILY NURSE

Maria Martins¹ & Paula Silva²

¹ Unidade de Saúde Familiar Infante D. Henrique. isabelmartins.pm@gmail.com

² Unidade de Saúde Familiar Viseu-Cidade. enfpaulasilva77@gmail.com

RESUMO

A escolha desta temática “Gravidez na Adolescência”, teve por base o facto de ser uma das nossas áreas intervenção no âmbito da Consulta de Saúde da Mulher e também se torna pertinente por sermos alunas do 2ºCMESMOG da ESSV. Estamos consciencializadas que é um tema já muito debatido, mas continua a constituir uma problemática bastante real e bem patente na nossa sociedade, em que as questões relacionadas com a sexualidade constituem ainda, para muitos jovens, um tabu. Neste contexto, e como enfermeiras de família, é de realçar e valorizar o papel do enfermeiro, em conjunto com o dos professores e famílias, que poderá ser preponderante na prevenção e promoção da saúde nesta área. O estudo é exploratório, descritivo, bibliográfico e baseado evidências da prática diária com o objetivo de identificar as implicações da gravidez na adolescência, bem como os conhecimentos dos adolescentes sobre a contraceção e prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, constituindo premissas fundamentais para a intervenção do enfermeiro de família. Para a realização deste artigo, baseámo-nos na revisão de literatura. Estes recursos permitiram-nos inferir que, apesar de se verificar uma diminuição do número de grávidas com idade inferior a 19 anos, os números são ainda preocupantes. Estudos recentes acerca da sexualidade, efetuados em escolas secundárias/universitárias, mostram que há ainda um grande défice de conhecimento referente aos métodos contraceptivos, comportamentos de risco e Infeções Sexualmente Transmissíveis, sendo que muitos jovens não têm sequer conhecimento da existência de consultas de Planeamento Familiar. Esta é uma das áreas em que o enfermeiro de família poderá ter maior autonomia na realização de um trabalho dinâmico em parceria com as escolas, realizando projetos e campanhas de sensibilização, com vista a envolver também as famílias na Educação Sexual dos seus filhos. Se a intervenção não for bem sucedida, a gravidez pode acontecer e o enfermeiro acompanhará de forma adequada essa gravidez na consulta de Saúde Materna.

Palavras-chave: Adolescência; Sexualidade; Gravidez; Enfermeiro de Família

ABSTRACT

The choice of this theme, “Teenage Pregnancy”, was mainly due to the fact that it is one of our areas of intervention in the Woman’s Health Surgery and it also becomes relevant because we are students of the 2º CMESMOG of the ESSV. We are aware that this is a theme that has been hardly discussed; however it is still an extremely real problem that is very present in our society, a society where the issues related to sexuality continue to be, for many young people, a taboo. Having this scenario in mind, and as family nurses, it is important to emphasize and value the role of the nurse

together with the teachers and families, which can be considerable in the prevention and promotion of health in this area. The study is exploratory, full of descriptions, bibliographical and based on evidences of the daily practice with the purpose of identifying not only the implications of pregnancy in adolescence but also the knowledge teenagers have on contraception and prevention of sexually transmitted infections; and those are essential premises for the intervention of the family nurse. To write this article, we based ourselves on the literature reading. Those resources allowed us to conclude that, although there is a decrease in the number of pregnant women aged less than 19 years old, the numbers are still concerning. Recent studies about sexuality, done in secondary schools and universities, show that there is still a great lack of knowledge concerning contraceptive methods, risk behaviours and sexually transmitted infections. Lots of young people don't even know anything about the existence of Family Planning Surgery. This is one of the areas in which the family nurse can have more autonomy in the accomplishment of a more dynamic work together with schools, promoting awareness projects and campaigns with the aim of involving families in their children's sexual education. If intervention isn't well succeeded, pregnancy may occur and the nurse will carefully follow that pregnancy through in the Maternal Health Surgery.

Key words: Adolescence; Sexuality; Pregnancy; Family Nurse

1. INTRODUÇÃO

Adolescência deriva do latim *adolescentia*, que significa fase do desenvolvimento humano caracterizado pela passagem à juventude que começa após a puberdade, momento caracterizado pelo frescor, juventude e mocidade³. É uma transição entre a fase de criança e a fase adulta, sendo um período de transformação profunda no corpo, na mente e na forma de relacionamento social do indivíduo, marcado por inúmeras alterações que acabam por ser determinantes para a construção do jovem enquanto pessoa. Estas alterações ocorrem em todas as dimensões, estando na origem do estabelecimento de relações fora da família, já que o adolescente tende a fechar-se sobre si próprio e a distanciar-se dos adultos, e as pessoas de referência para si passam a ser os jovens da sua idade, em vez dos pais. Nesta etapa da vida, a ambivalência da adolescência relaciona-se com as transformações globais que ocorrem no indivíduo e que tornam este nível etário de difícil compreensão: pelos outros e pelos próprios. Coabitam, nesta fase, desejos ambivalentes de crescer e de regredir, de se sentir ainda criança e já adulto, de autonomia e de dependência, de ligação ao passado e de vontade de se projetar no futuro⁵. Lidar com essa situação particular exige do enfermeiro de família uma abordagem integral dos problemas detetados, como por exemplo a gravidez na adolescência. A gravidez na adolescência é uma situação de risco psicossocial que pode ser reconhecida como um problema para os jovens que iniciam uma família não intencionada. O problema afeta, especialmente, a biografia da juventude e sua possibilidade de elaborar um projeto de vida estável, sendo especialmente traumático quando ocorre nas classes socioeconomicamente desfavoráveis. Muitos são os desafios e mudanças próprias da adolescência, podendo os jovens incorrer num comportamento de risco (nomeadamente doenças sexualmente transmissíveis, uso de drogas, acidentes e diferentes formas de violência).

Na sociedade tem havido alterações ao longo dos tempos referentes aos valores que dizem respeito à sexualidade, acompanhado de um aumento da permissividade e da importância atribuída à comunicação e ao diálogo aberto acerca de questões que até há muito pouco tempo atrás eram um tabu. No entanto, se há famílias que esclarecem os seus filhos e que reconhecem a importância da

abordagem de questões relacionadas com a sexualidade no seio da família, outras há, que por não terem tido esse modelo de educação, adotam estilos educativos incorretos, em que o sexo é algo perigoso, proibido, acabando por originar relações em que não há segurança nem confiança por parte do adolescente para esclarecer dúvidas ou solucionar problemas junto dos seus pais. Apesar de, na sociedade atual haver cada vez mais uma orientação para a igualdade de géneros, ainda há muitas ideias estereotipadas acerca do comportamento de cada um. Por exemplo, e por mais próximo que se esteja dessa igualdade, os adolescentes do sexo masculino continuam a ter mais liberdade concedida pelos pais, do que as raparigas. É-lhes concedida maior autonomia, embora grande parte deles mostre ter menor maturidade nas decisões que toma. Este facto pode ser explicado na medida em que os pais evitam ser para as raparigas tão permissivos como são para os rapazes, temendo que ela engravide, pois embora a gravidez surja de um ato a dois, a verdade é que ela se manifesta fisicamente no corpo feminino⁵.

Uma gravidez na adolescência pode surgir em qualquer momento e pode ter origem em determinados fatores. Um deles é o facto das adolescentes iniciarem cada vez mais cedo a sua vida sexual, por simples curiosidade ou por influência dos órgãos de comunicação social, que cada vez mais utilizam mensagens sexuais explícitas, como estratégia de marketing, que acabam por ser sugestivas a comportamentos de imitação por parte dos adolescentes. Por outro lado, também o contexto familiar é determinante, uma vez que se verifica uma maior predisposição para uma gravidez precoce em adolescentes cujas mães tenham também engravidado precocemente. Se o ambiente familiar da adolescente não for estável, esta pode procurar essa estabilidade numa relação externa que pode, por sua vez, despertar a sua necessidade de afirmação e de independência, que no pensar da adolescente podem ser conseguidas através de um filho. A falta de conhecimento sobre educação sexual e planeamento familiar, nomeadamente no que diz respeito aos métodos contraceptivos, é também uma das causas para o surgimento de gravidezes indesejadas e precoces. Muitas vezes a adolescente engravida propositadamente, usando o filho como arma para manter uma relação que sente que está ameaçada¹.

Do ponto de vista psicológico das questões relacionadas com a etiologia de uma gravidez na adolescência, podemos dizer que, se uma adolescente vive num ambiente em que é constantemente desvalorizada ou se vê, de alguma forma, ignorada ou rejeitada, a gravidez pode ser para si uma forma de autovalorização, uma forma de provar a si própria que é capaz de gerar uma vida e de dar amor a alguém, aumentando também a sua autoestima. Muitas vezes os adolescentes, mesmo tendo conhecimento dos métodos contraceptivos, têm relações sexuais desprotegidas, pois para si o uso do preservativo ou da pílula, implica uma tomada de consciência da realidade, dos riscos que correm e da responsabilidade que estes exigem e para a qual não têm a maturidade necessária. O não uso destes métodos pode ainda ser visto como uma prova de confiança no(a) parceiro(a)⁴. Desta forma, o Planeamento Familiar (PF) adquire um papel preponderante no sucesso da Saúde Reprodutiva, sendo que, desta consulta, espera-se que assegure a informação e aconselhamento sexual, assim como a prevenção e diagnóstico precoce de IST's e de doenças como os cancro da mama e do colo do útero². Atualmente, ao nível dos cuidados de saúde primários existem as consultas de PF, às quais o acesso gratuito. Nessas consultas é, como já foi dito, realizado o ensino/aconselhamento e esclarecimento de dúvidas, assim como a distribuição gratuita de contraceptivos. É ainda de salientar o facto de que o papel preventivo que estas consultas podem desempenhar não é 100% assegurado, ou seja, por uma adolescente frequentar uma consulta de PF e estar por isso melhor informada e mais desperta para a possibilidade de uma gravidez indesejada, não quer dizer que esta adolescente não vá engravidar,

pois se há comportamentos de risco que se conseguem alterar, outros há que persistem, devido a valores culturais, religiosos ou de outra índole, bem enraizados nas famílias e que por isso são difíceis de corrigir. O enfermeiro de família é muitas vezes a única pessoa que acompanha de perto e que tem conhecimento de alguns pormenores da vida sexual das jovens que recorrem à consulta e, como tal, adquire um papel preponderante na prevenção de uma gravidez indesejada, podendo esclarecê-las mais personalizadas, tendo em conta os fatores de risco de cada uma e adequando a sua intervenção ao contexto sociocultural de cada jovem, já que é este que vai determinar a maioria dos comportamentos de risco que é necessário detetar e corrigir atempadamente¹. É importante salientar o facto de que este acompanhamento por parte do enfermeiro deve ser prestado tanto às adolescentes do sexo feminino, como aos do sexo masculino, como forma de informar devidamente os rapazes dos riscos que correm e em que podem colocar as suas parceiras². Segundo Bobak, Lowdermik & Jensen, 2008, os princípios filosóficos da enfermagem de família é a inclusão deliberada da família no planeamento e prestação de cuidados ao cliente; a capacidade de levar em consideração as necessidades da família como um todo, e não apenas as necessidades do indivíduo; reconhecimento da importância das crises interpessoais, do seu impacto na saúde da família e ainda ênfase no estilo colaborativo, que respeita as forças da família e lhes dá apoio para encontrar as suas próprias soluções para os problemas identificados. Assim, surge um novo e importante papel do enfermeiro na realização das mudanças estratégicas: ser um prestador de cuidados que combina a promoção da saúde e a prevenção das doenças com a atuação e responsabilidades clínicas dirigidas aos membros das famílias. A intervenção do enfermeiro de família é personalizada e contínua dirigida ao indivíduo e à família assumindo o compromisso de responder globalmente às necessidades identificadas. É ainda de focar que o enfermeiro de família, mais do que um técnico, tem de ser um amigo, um confidente, muitas vezes a única pessoa com quem as adolescentes se sentem minimamente à vontade para expor os seus receios e as suas dúvidas. Torna-se por isso necessário o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança, em que a adolescente sinta segurança para falar abertamente dos seus problemas e dúvidas, e sabendo que a confidencialidade será preservada, uma vez que a quase totalidade das adolescentes recorrem às consultas sem o conhecimento dos pais. Os pais, muitas vezes acabam por descobrir e geralmente responsabilizam o enfermeiro pelo facto das suas filhas frequentarem as consultas, como se o ato de frequentar a consulta fosse algo reprovável. O enfermeiro de família acaba muitas vezes por conseguir sensibilizar os pais e fazê-los reconhecer a importância desse acompanhamento, acabando por reconhecer que frequentar as consultas foi, não um ato reprovável, mas uma prova de responsabilidade por parte das suas filhas⁴.

No caso de acontecer uma gravidez precoce em adolescentes que sejam seguidas em consultas de PF, a intervenção passa a ser feita também no sentido de que a adolescente perceba a importância de acompanhar a gravidez e saiba com que apoios sociais pode contar. É ainda importante saber o que falhou no ensino e aconselhamento realizados, para que se possam prevenir gravidezes futuras ainda no período da adolescência, quando a condição da jovem já está grandemente dificultada pela existência do primeiro filho. Provavelmente, conseguir-se-ia, que os jovens aderissem sem medos ou preconceitos às consultas de planeamento familiar, através de uma hipotética articulação entre a Saúde Escolar e a consulta de PF. O papel do enfermeiro de família, em conjunto com o dos professores e famílias, pode ser preponderante na prevenção e promoção da saúde nesta área.

Torna-se então evidente a importância que a educação sexual nas escolas pode adquirir na prevenção de gravidezes indesejadas, através da transmissão aos jovens da ideia de que a sexualidade não é algo anormal, pelo contrário, é a maior prova de que o jovem se está a

desenvolver e a tornar-se progressivamente adulto. No entanto, verifica-se ainda que muitos professores têm receio de assumir uma disciplina exclusiva para o tema, ou porque não julgam ter as competências necessárias, ou porque não sabem qual a forma adequada de lidar com os pais, se eventualmente os valores transmitidos pela família forem discordantes dos que a escola tenta transmitir. Isto acontece também porque os professores reconhecem que o ensino desta temática deve ser, mais do que em qualquer outra, adequado às necessidades individuais, assim como ao contexto socioeconómico, cultural e religioso de cada um, e daí surge a grande dificuldade de generalizar um tema a uma turma, sem descurar a sua divergência de indivíduo para indivíduo⁴.

A Educação Sexual é a transmissão clara de conceitos científicos exatos, necessários para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, corresponde o desenvolvimento das competências necessárias para a tomada de decisões informadas e responsáveis, na área da saúde sexual e reprodutiva, sendo no meio escolar, a oportunidade de responder aos apelos dos pais, que temem os riscos da maternidade e paternidade precoces e das doenças sexualmente transmissíveis e podem também ser confrontados com a importância dos seus filhos viverem a sexualidade livre de medos, preconceitos e enganos⁸.

A escola, de certa forma, completa o papel educativo da família, podendo mesmo ser a única fonte de educação, caso a família se mostre negligente face a determinados assuntos mais delicados, como é o caso da sexualidade. Desta forma, parece tornar-se óbvia a necessidade de se garantir nas escolas o acesso a programas formativos de educação sexual para todos os jovens, assim como a possibilidade de existir um acompanhamento individualizado destinado aos jovens que não se sentem à vontade para falarem dos seus problemas e dúvidas em grupo⁷.

A abordagem educativa na prevenção da gravidez na adolescência tem intensa relação com as cartas da promoção da saúde, principalmente com a de Ottawa, pela correlação com os cinco campos de ação da promoção da saúde propostos, destacando-se três de maior atuação: a criação de ambientes favoráveis à saúde, os temas de saúde ambiental e desenvolvimento humano, os quais não podem estar separados.

O desenvolvimento implica a melhoria da qualidade de vida e saúde. Promover um ambiente saudável é compreender o adolescente como sujeito no seu ambiente físico, social, económico ou político, as suas relações com as redes de suporte social. Trata-se de uma perspetiva acerca da prevenção da gravidez na adolescência dentro das quatro dimensões social, política, económica e do potencial humano. Cumpre identificar as desigualdades sociais em que se encontram esses adolescentes e o acesso à educação, suporte e lazer, às redes de suporte social e a ações promotoras de saúde.

Em suma, poder-se-há então dizer, que embora aparentemente se esteja no bom caminho no que diz respeito à assunção da sexualidade como algo natural e necessário ao crescimento de cada um e à construção da sua identidade, há ainda um extenso trabalho a desenvolver na área da sensibilização e informação (estudos foram reveladores de falta de informação dos adolescentes referentes a esta temática), não só dos adolescentes, como também das suas famílias, que muitas vezes não conseguem dar respostas às necessidades dos jovens, porque elas próprias não as tiveram, ou não as têm.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica referente à temática gravidez na adolescência, as suas implicações, bem como os determinantes de forma a perceber a intervenção mais adequada do

enfermeiro de família, procurando evidências científicas. Os artigos foram lidos na íntegra e analisados quanto aos aspetos quantitativos e qualitativos. Em termos quantitativos, os dados foram analisados descritivamente e qualitativamente, os indicadores foram recolhidos por meio da leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, tendo como premissas as concepções sobre a gravidez na adolescência e estratégias para a promoção da saúde do adolescente, visando a prevenção de uma gravidez precoce.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise de vários artigos, é de realçar os últimos resultados de um estudo realizado em 2010 e apresentado em abril de 2011, sobre saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior. Foram inquiridos 3278 alunos de 144 universidades/institutos politécnicos de Portugal e verificou-se que só 46% dos jovens dizem estar devidamente informados sobre questões de sexo seguro e contraceção. Por outro lado, 53,2% não sabem dizer corretamente qual é a função principal da pilula e 50,1% não sabem o que fazer em caso de esquecimento da toma da pilula. Estes dados levam-nos a refletir sobre a importância de desenvolver intervenções de saúde mais direcionadas para esta faixa etária (18-25anos), visto ser uma população menos informada sobre a sexualidade que o esperado. O estudo supracitado revelou que um terço das interrupções voluntárias da gravidez ocorre nesta faixa etária (10,8% do total das interrupções voluntárias da gravidez). Este facto poderá ter como etiologia a deslocação dos jovens para estudar longe de casa com dificuldade em aceder aos cuidados de saúde primários. É do conhecimento de todos nós que o ambiente universitário é favorável ao aumento do envolvimento em relações sexuais maioritariamente desprotegidas. Para colmatar estas evidências, foi lançada uma campanha enunciada por “Jogo de cintura para uma contraceção segura” a decorrer em alguns institutos/universidades do país⁷.

Ao longo dos anos tem havido preocupação com as questões relacionadas com esta temática, e desenvolvidas intervenções de melhoria continua e consequentemente Portugal desceu dos primeiros lugares da taxa de gravidez em adolescentes com idade inferior a 19 anos e neste momento está em 8º lugar (relativamente aos 27 países da EU). Ou seja, em 2002 Portugal apresentava uma taxa de gravidezes na adolescência de 8,6% e em 2010 transita para cerca de metade (4,3%)⁷.

Em suma, a gravidez na adolescência decorre, principalmente, da não-utilização de método contraceptivo e, em menor percentagem, da utilização inadequada desses métodos.

De acordo com os resultados encontrados, as ações de prevenção assumem papel de suma importância, devendo incluir não apenas a oferta de preservativos feminino e masculino e de outros métodos anticoncepcionais, mas também a garantia de espaço para que o adolescente possa falar de si próprio, trocar experiência e receber informações que favoreçam a adoção de hábitos de vida saudáveis e seguros.

4. CONCLUSÃO

A partir da pesquisa realizada, pode-se inferir que há relativamente poucos estudos publicados referentes à temática em estudo comparativamente à relevância das implicações sociais de saúde causadas por uma gravidez precoce e indesejada. As estratégias abordadas denotam a importância de articular às reflexões e ações de prevenção da gravidez na adolescência com as concepções de sujeito proativo, reflexivo, com os aspetos de vulnerabilidades, considerando-se as três dimensões:

a individual, a social e as relações de género. É importante realçar a ideia de que a produção científica de Enfermagem com esta temática, seja crescente e estudada sob diversas perspetivas para compreender que muitos problemas relacionados com a gravidez na adolescência estão vinculados à perceção e atribuição de valores à sexualidade e a uma visão negativa ou repressora, que cria maior obstáculo para o acesso à informação, à educação e à preparação para o exercício da sexualidade de forma responsável e prazerosa. Parte da questão reside em como a família, a escola e o setor saúde interpretam e intervêm nessa temática. A prevenção da gravidez na adolescência é uma coresponsabilidade de cada componente da equipe da saúde e vai além de aprimorar a escuta, fortalecer os vínculos, garantir o acesso às informações e aos métodos anticoncepcionais. São de indiscutível relevância a intersectorialidade e as ações coletivas para a promoção e desenvolvimento de atitudes e habilidades nos adolescentes para lidar com a sexualidade, aumentando o seu poder de decisão para não ceder às pressões, ampliar a força de negociação, desenvolver o autocuidado, ampliar o acesso a atividades educativas e recreativas e estimular o protagonismo. É na consulta de Planeamento Familiar que o enfermeiro de família tem oportunidade de ter maior autonomia e de realizar um trabalho dinâmico no sentido em que pode trabalhar em conjunto com as escolas, realizando projetos e campanhas de sensibilização, com vista a envolver também as famílias na Educação Sexual dos seus filhos. Mesmo que a intervenção feita no sentido de prevenir uma gravidez indesejada em idade precoce não seja suficiente e, por isso, a gravidez acabe por acontecer, o enfermeiro continua a sua intervenção na consulta de Saúde Materna, acompanhando a jovem durante a gravidez, desenvolvendo educação para a saúde de forma a prevenir a repetição da situação futuramente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Bobak, I., Lowdermik, D., & Jensen, M. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7ª edição). Lisboa: Lusociência.
- (2) Direção-Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar*. Lisboa.
- (3) Houaiss, A., Villar, M. S., & Franco, S. M. N. (2011). *Dicionário de português atual*. Lisboa: Bloco gráfico Lda.
- (4) Martins, A. (2002). *De menina a mãe: Sexualidades-gravidez na adolescência*. Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- (5) Monteiro, M., & Santos, M. R. (1999). Adolescência. *Psicologia*, 189-200.
- (6) Santos, M. R. (2002). Família e sexualidade: Narrativas e quotidianos. *Sexualidade & Planeamento Familiar*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família, 35, 16-19.
- (7) Fontão, M. M. (2004). *A escola e a gravidez na adolescência*. Guimarães: Centro de Formação Francisco de Holanda. Consultado em novembro de 2011 em http://www.cffh.pt/public/elo9/elo9_11.htm.
- (8) Vilar, D. (2011). *Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior*. Consultado em novembro de 2011 em <http://www.apf.pt/?mnu=000&area=000&tipo=destaques&id=CNT4ecb8876e8b26>.

O CORPO NOS LIVROS DE EDUCAÇÃO SEXUAL

THE BODY IN BOOKS OF SEXUAL EDUCATION EDUCATION

Maria Helena da Silva Carneiro

Universidade de Brasília / mhsilcar@unb.br

RESUMO

O corpo sempre foi objeto de estudo e reflexões de várias culturas nos diferentes momentos históricos. Hoje, podemos dizer que com o avanço científico/tecnológico o corpo humano continua no centro das atenções e, constantemente, exposto na mídia. Nos últimos anos, muitas críticas tem sido feita ao estudo do corpo no Ensino Fundamental e Médio. Essas pesquisas mostram que o corpo apresentado nos livros didáticos é fragmentado e isolado culturalmente. O estudo que ora apresentamos tem como objetivo identificar a representação do corpo nos livros paradidáticos que veiculam conhecimentos sobre a sexualidade humana. Foram analisados 18 livros destinados a crianças e adolescentes. Para tanto, foi construído uma grade de análise formada por quatro temas centrais: estrutura geral da obra, representação pictórica do corpo, o corpo descrito no texto e a concepção de sexualidade/de educação sexual. A grande maioria dos livros analisados faz uso de representações pictóricas estereotipadas do corpo humano e, muito raramente apresentam fotografias ou desenhos mais realistas. Os esquemas anatômicos dos sistemas reprodutores (masculino e feminino) são pouco descritivos e apresentam-se isolados do corpo. Embora se reconheça que a fragmentação do corpo tenha sido historicamente constituído esperava-se que em livros de Educação Sexual as suas diferentes dimensões fossem contempladas. No entanto, o corpo apresentado é estereotipado e fragmentado e nos livros destinados a crianças, o grau de realismo das imagens é menor. A dimensão biológica da sexualidade é muito enfatizada, deixando em segundo plano a dimensão cultural.

Palavras-chaves: imagem, educação sexual, corpo, educação e saúde.

ABSTRACT

The body has always been an object of study and reflections of various cultures in different historical moments. Today we can say that with the scientific/technological advances human body remains in the spotlight and constantly exposed in the media. In recent years, much criticism has been made to the study of the body in the elementary and high school. These studies show that the body presented in textbooks is fragmented and culturally isolated. The study presented herein aims to identify the body representation in the extracurricular textbooks that disseminate knowledge about human sexuality. We analyzed 20 books for children and adolescents. To that end, we constructed a grid of analysis consisted of three central themes: pictorial representation of the body, the body described in the text and the concept of sexuality / sexual education. The vast majority of books analyzed uses pictorial representations stereotyped of the human body, and very rarely presents photographs or drawings closer to reality. The anatomical diagrams of reproductive systems (male

and female) are poorly described and presented isolated from the body. Although it is recognized that the fragmentation of the body has been historically constructed, it was hoped that in books of sexual education the different dimensions of the body were covered. However, the body is presented stereotyped and fragmented, and in the books for children, the level of realism of pictorial representations is lower. The biological dimension of sexuality is highly emphasized, leaving in the background the cultural dimension.

Keywords: Image, sexual education, body, health education.

1. INTRODUÇÃO

O corpo sempre foi objeto de estudo de diversas áreas de conhecimento, da filosofia grega passando pela biologia, medicina, antropologia e mesmo pela matemática. Esta fascinação por esse “objeto”, aparentemente tão conhecido, pode ser explicado pela estreita relação do corpo com a história cultural do homem. Nessa perspectiva, podemos dizer que a concepção de corpo varia com a cultura e ao longo do tempo. Hoje, o corpo humano é exposto, vendido pelas mídias – televisão (publicidade), jornais, periódicos, etc. Essa banalização do corpo impõe um padrão ideal de beleza, muitas vezes desejado, e mais raramente, alcançado. Ao “criar” um corpo ideal – sempre jovem, bonito e feliz - a mídia nega o corpo de cada indivíduo e, muitas vezes, leva a negação da diversidade e o isolamento daqueles que não se reconhecem nesse modelo. Grande parte da população não se identifica com esse modelo de corpo. Nessa mesma linha de pensamento, Marzano-Parisoli (2002), nos lembra que o ideal contemporâneo é de um corpo magro, compacto, com músculos bem definidos, protegidos dos sinais do tempo e os processos interiores são controlados por regimes alimentares, exercícios físicos e cirurgias plásticas.

Em, 1977, Moriau, já nos chamava atenção para a demasiada centralização do estudo do corpo humano nos aspectos biológicos e na sua minuciosa fragmentação. Ao discutir a negação do corpo social, o autor ressalta que o corpo estudado não pensa, não possui sentimentos, não reflete. Trata-se, portanto, de um ser frio, mecânico, regido pelas leis biológicas e que não tem outra história além da história biológica. Essa visão reducionista do corpo nega a sua dimensão social e cultural.

Estudos realizados na área de didática das ciências no Brasil – Aragão, Cerri & Schnetzler, (2000); Macedo, (2005); Silva (2005); - entre outros, chegaram as mesmas conclusões: o corpo apresentado nos livros didáticos, e, naturalmente, no ensino de ciências/biologia, continua sendo fragmentado e isolado do contexto sócio-cultural. Estuda-se isoladamente cada sistema, órgão, tecido e célula, mas raramente se discute com os alunos a integração dos elementos que formam o corpo humano. Esse corpo retratado nas aulas de ciências não possui emoções, sentimentos, sensações de prazer e de desprazer! Essa forma de ensinar o funcionamento do corpo humano obstaculiza a visão integrada do corpo e reforça a concepção mecanicista, muito comum entre os estudantes tanto do Ensino Fundamental como do Ensino Médio. Além disso, esse corpo estudado – todo fragmentado - não corresponde a realidade de cada um deles, ou seja, os alunos não se identificam com o corpo apresentado nos livros didáticos.

2. PORQUE ANALISAR LIVROS DE EDUCAÇÃO SEXUAL?

É na família que inicia o processo de educação sexual. É no convívio familiar que a criança/adolescente tem os primeiros contatos com os valores relacionados à sexualidade. Embora não sejam explícitas, essas informações são transmitidas informalmente a partir da observação de

comportamento dos adultos, dos gestos, das proibições e/ou recomendações que são feitas pelos pais e responsáveis. Além disso, a linguagem usada pela família também veicula os seus valores e crenças. Por outro lado, a escola desempenha um papel complementar ao da família, a partir do momento que ensina saberes, reproduz regras sociais e valores comuns. É portanto, na escola que se deve criar espaços pedagógicos que possibilitem o desenvolvimento de competências que vão orientar os alunos a fazer as suas escolhas de forma conscientes e de maneira responsável. Escolhas essas, que serão feitas no meio de um bombardeio de informações sobre o corpo e sobre a sexualidade, muitas vezes confusas, contraditórias, e, em alguns casos, violentas.

Não podemos esquecer que muito cedo as crianças estão expostas à situações que evidenciam a sexualidade. Só esse fato já justifica o desenvolvimento de ações pedagógicas que discutam a sexualidade em espaços escolares. Vale ressaltar que educação sexual é aqui entendida no seu sentido mais amplo, não se limitando, portanto, à sua dimensão biológica. Se a educação sexual se limitasse ao estudo dos fenômenos biológicos e as suas patologias ela perderia a sua função, uma vez que esta temática já é prevista nos conteúdos programáticos das disciplinas ciências e biologia.

Nesse sentido, a educação sexual em ambientes formais deve criar situações que permitam aos alunos a construção e/ou consolidação de uma visão ampla do corpo humano, que compreenda a sexualidade como algo inerente ao seu corpo e que respeita as especificidades de cada indivíduo. Espera-se que em livros de Educação Sexual, o seu leitor possa encontrar elementos que o permita construir uma representação mais integrada do corpo e da sexualidade.

É nessa perspectiva que se insere o trabalho que ora apresentamos. Pretendia-se com isso responder as seguintes perguntas: Considerando que a sexualidade é um dos temas transversais definidos pelos Parâmetros Curriculares Nacionais Brasileiros e que os livros de Educação Sexual circulam cada vez mais no meio escolar perguntamos: Como o corpo é apresentado nesse tipo de livro? Qual a concepção de sexualidade veiculada? Lembramos que este trabalho faz parte de Programa de Pesquisa mais amplo que tem o corpo como objeto central de estudo. Considerando a extensão deste programa, apresentaremos apenas os resultados do projeto “A representação pictórica do corpo nos livros de Educação Sexual.

3. ESCLARECENDO CONCEITOS

Segundo Queiroz (2007) o uso de imagens como meio de expressão de ideias tornou-se uma prática comum desde o tempo em que o homem fazia desenhos rupestres no interior das cavernas. Todavia, esse costume também foi amplamente difundido entre as primeiras comunidades cristãs, que ornamentavam as catacumbas romanas e, posteriormente, as Basílicas e Igrejas com pinturas e esculturas. Embora não seja possível precisar os motivos pelos quais eram produzidas, os achados arqueológicos sugerem que, desde muito cedo, existiu algum tipo de relação entre as imagens e a religião (p.22). No entanto, foi somente a partir do século XVII que esses recursos foram incorporados à livros escolares e às atividades de divulgação do conhecimento científica e tecnológico (Giordan, 1990).

Hoje, tanto os livros didáticos como os paradidáticos fazem um largo uso dessa forma de comunicação. Uma rápida análise de livros de Educação Sexual nos é reveladora de uma utilização massiva de imagens chegando, em alguns casos a desempenhar um papel mais significativo do que o texto. Esses livros destinados a crianças e adolescentes, além de veicularem conhecimentos científicos, também refletem valores, pois fazem parte do sistema de transmissão da cultura de uma sociedade.

4. O QUE CHAMAMOS DE IMAGEM?

A palavra imagem é polissêmica. O dicionário Houaiss (2009) da língua portuguesa nos apresenta diferentes significados dentre os quais destacamos: representação, reprodução ou imitação da forma de uma pessoa ou de um objeto, aquilo que apresenta uma relação de analogia de semelhança-simbólica ou real- (p.1048). Como se pode concluir na linguagem comum existe uma variedade de significados e sentidos que podem ser atribuídos ao termo imagem. Como ressalta Joly (2005) o mais impressionante é que, apesar da diversidade de significações da palavra, consigamos compreendê-la. Compreendemos que indica algo que, embora nem sempre remeta ao visível, toma alguns traços emprestados do visual e, de qualquer modo, depende da produção de um sujeito: imaginária ou concreta, a imagem passa por alguém que a produz ou reconhece (p. 13).

No meio acadêmico também não é diferente, o conceito varia de acordo com a área de conhecimento e/ou autor. Como essa discussão é muito ampla limitaremos a apresentar algumas considerações e a destacar o conceito com o qual vai vamos trabalhar. Assim sendo, neste trabalho, imagem será considerada como sendo a representação visual, real ou analógica de um ser, fenômeno ou objeto, que normalmente se apresenta em oposição a um texto escrito. Reconhecemos a limitação desse conceito, mas ele se adequa às nossas necessidades: analisar as imagens de livros paradidáticos.

Segundo Drouin (1990), uma imagem pode ser vista sob dois aspectos: um primeiro diz respeito ao aspecto semiológico, em que a oposição se situa entre a imagem e linguagem, isto é, entre o signo linguístico e signo não linguístico; um segundo aspecto refere-se a materialização do conteúdo de um texto escrito. Nesse caso, a oposição se situa entre a ilustração e o texto propriamente dito (p.02).

Quanto a função das imagens, esta é, ainda hoje, foco de controvérsias. Duchastel; Fleury; Provost, (1988), nos lembram que uma das dificuldades encontradas para compreender o papel pedagógico das imagens é a ausência de um quadro teórico. Apesar disso, os autores a partir de estudos realizados por Duchastel (1978) (como citado em Duchastel, Fleury & Provost, 1988, p.668) ressaltam que uma imagem pode desempenhar três funções pedagógicas: atencional, explicativa e retencional. O papel atencional visa despertar a curiosidade do leitor e de centrar o seu interesse no conteúdo do texto. A função explicativa tornar o conteúdo do texto mais inteligível para o leitor, ou seja, sua ação está mais direcionada para compreensão da mensagem. A função retencional refere-se a retenção a longo prazo das informações apresentadas no texto e na imagem. Ainda segundo o autor, esta última função deriva de uma hipótese teórica da psicologia: “double encodage” de Paivio (1975). Além dessas funções acrescentaríamos a função ilustrativa, ou seja, a imagem “materializa” o conteúdo do texto, mas não apresenta nenhuma informação complementar. Calado (1994), por sua vez, após realização de uma pesquisa com professores do ensino secundário em Coimbra, identificou 12 possíveis funções pedagógicas das imagens: expressiva, persuasiva, poética, decorativa, representativa, organizadora, interpretativa, transformadora, memorizadora, de complemento, dialética e substitutiva. A autora nos lembra ainda que a função desempenhada pelas imagens varia de acordo com os objetivos que o professor pretende alcançar.

É consenso entre os autores que a imagem é um tipo de linguagem, e como as palavras, ela também é polissêmica. Portanto, faz-se necessário o ensino da leitura da imagem. Nesse sentido, Calado, 1994 nos lembra que a ideia de que a compreensão das imagens é imediata é uma ilusão. Há um alfabeto e uma gramática visuais que é necessário aprender. E esta aprendizagem é tanto mais urgente quanto mais inseridos estão os nossos alunos, hoje em dia, num mundo que tem podido ser designado como uma iconosfera (p.102).

Muitas vezes, as imagens desse mundo “iconosférico” nos parece tão familiar que acabamos por interpreta-las naturalmente e de forma acrítica. Toda imagem veicula uma mensagem, portanto, ensinar o aluno a ler e interpretar essa mensagem faz parte das atribuições de um professor. É importante que ele reconheça o potencial pedagógico da imagem e aprenda a manipulá-la a favor do processo de ensino e aprendizagem. Moles (1981), a partir do grau de iconicidade e do nível de abstração de uma imagem elaborou uma escala que nos permite compreender a sua complexidade e a sua variedade. Segundo o autor, iconicidade é o grau de realismo de uma imagem em relação ao objeto que representa. Nessa perspectiva, um contorno ou um desenho são menos icônicos que uma fotografia, que por sua vez é menos icônica que o objeto real” (p.52). Quanto maior o grau de iconicidade menor o grau de abstração.

Quadro 1 - Escala decrescente de iconicidade

Classe^a	Definição	Critério	Exemplos
12	O próprio objeto.	Eventual parêntese no sentido de Husserl.	A vitrine de uma loja, a exposição.
11	Modelo bi ou tri dimensional.	Cores e materiais arbitrários.	Exibições factícias.
10	Esquema bi ou tridimensional reduzido ou aumentado.	Cores ou materiais escolhidos segundo critérios lógicos.	Mapas com três dimensões: globo terrestre, mapa geológico.
9	A fotografia ou projeção realista sobre um plano.	Projeção perspectiva rigorosa, semitons e sombras.	Catálogos ilustrados e afiches.
8	Desenho ou fotografia ditos “sem contornos” (projeção visual do universal aristotélico). Perfis em desenhos.	Crítérios de continuidade e fechamento de forma.	Afiches, catálogos, prospectos e fotografias técnicas.
7	Esquemas anatômicos ou de construção.	Abertura da Carta ou do envelope. Respeito da topografia. Arbitrário dos valores. Quantificação dos elementos ou simplificação.	Corte anatômico, corte de um motor a explosão. Planejamento de cabos para um recetor de rádio.
6	Vista “ampliada” (éclaté).	Disposição perspectiva das peças conforme suas relações de vizinhança topológica.	Objetos técnicos de manuais de instrução.
5	Esquema de princípio: eletricidade e eletrônica.	Substituição dos elementos por símbolos normalizados, passagem da topografia à tipologia.	Plano esquematizado do metrô. Plano dos cabos de um recetor de TV ou uma parte do radar.
4	Organograma ou Block esquema.	Os elementos são caixas pretas funcionais ligadas por conexões lógicas: análise das funções lógicas.	Organograma de um empreendimento. “Flow chart” de um programa de computador. Série de operações químicas.
3	Esquema de formulação.	Relação lógica e não topológica num espaço não geométrico entre elementos abstratos. As ligações são simbólicas, todos os elementos são visíveis.	Fórmulas químicas desenvolvidas. Sociograma.
2	Esquema em espaços complexos.	Combinação num mesmo espaço de representação de elementos esquemáticos (flechas, plano, objeto) pertencendo a sistemas diferentes.	Forças e posições geométricas sobre uma estrutura metálica: esquemas de estática gráfica, polígono de Crémone, representações sonográficas.
1	Esquema em espaço abstrato e esquema vetorial.	Representação gráfica num espaço métrico abstrato, de relação entre grandezas vetoriais.	Gráfico vetorial em eletrotécnica. Triângulo de Kapp, polígono de Blondel para um motor de Max-weel. Triângulo de vogais.
0	Descrição em palavras normalizadas ou em fórmulas algébricas.	Signos puramente abstratos sem relação imaginável com o significante.	Equações e fórmulas. Textos.

Fonte: MOLES, A. A. *L'image: communication fonctionnelle*. Bélgica: Casterman, 1981, p. 101. (Tradução Carneiro,MHS)

Como se pode observar a escala acima compreende 13 níveis, começando com a representação mais real do objeto, passando pelos esquemas até chegar ao último nível considerado mais abstrato, que corresponde à descrição do objeto somente com ajuda de palavras ou fórmulas algébricas.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foram analisados 18 livros destinados a crianças, adolescentes e adultos (pais e professores) dos quais cinco deles fazem parte das bibliotecas escolares. Para tanto, foi construído uma grade de análise constituída por quatro temas centrais:

- Estrutural geral da obra;
- Representação pictórica do corpo : características atribuídas ao corpo, corpo nu ou corpo vestido, partes internas do sistema reprodutor masculino e feminino; transformações biológicas ao longo do desenvolvimento, ato sexual, presença das diferentes etnias, entre outros aspetos;
- Tipos de imagens:
 - figurativas: fotografias, desenhos, história em quadrinho etc.
 - funcionais: esquemas, diagramas, gráficos, mapas, etc.
 - relação imagem-texto, nível de abstração
- O corpo descrito no texto : corpo biológico e corpo social
- Conceção de sexualidade/de educação sexual.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para realizar a análise dos livros foram feitas leituras sucessivas dos textos e das imagens tendo sempre a grade de análise como guia de leitura. Ressaltamos que centramos a nossa atenção nos textos e nas imagens que descreviam o corpo.

6.1 ESTRUTURA GERAL DOS LIVROS

Os livros analisados foram divididos em três grupos: livros destinados a crianças entre 6-10 anos, livros destinados a pré-adolescentes e adolescentes entre 11-15 anos e, finalmente livros destinados a pais e professores. O conjunto de livros analisados é constituído por coleções e livros isolados. Geralmente esses livros não especificam a idade do provável leitor deixando, assim, para o adulto a opção de escolha. Uma dessas coleções apresenta um livro destinado para meninos e outro para meninas, o que reforça os estereótipos sexuais. Dos 18 livros analisados, foi possível identificar que os do primeiro grupo apresentam muitas imagens, o que chama atenção das crianças e, geralmente apresentam pouco texto sobre o tema em questão (ex. Liv.Deus me livre). A organização espacial dos livros destinados a pré-adolescentes e adolescentes, embora apresentem mais informações sobre o tema fazem uso de estímulos convencionais como títulos e subtítulos destacados para cada texto, além das ilustrações, o que rompe a monotonia textual. Assim, o leitor pode fazer a sua opção: leitura total do texto ou apenas parte dele (ex.Liv. Questões de amor-11-14anos). É importante destacar que a organização espacial desses livros apresenta dupla função: ela pode auxiliar o leitor a estruturar a sua leitura e a definir sua modalidade. Os outros livros seguem um padrão tradicional, ou seja, a imagem sempre oposta ao texto.

6.2 VARIEDADE DE IMAGENS?

A análise desta forma de linguagem nos leva a afirmar que os autores/editores optaram pelo emprego de imagens mais figurativas do que funcionais. Os desenhos são predominantes e as fotografias foram encontradas em apenas dois livros da coleção *Questões de amor*, o que faz um total de 36 fotografias. Essa carência de fotografias pode ser explicada pela natureza do tema: sexualidade. Nesse caso, não seria “recomendado” a exposição de um corpo nu em livros de Educação Sexual? No entanto, a TV brasileira exhibe filmes, programas, particularmente as novelas, nos quais o corpo humano é evidenciado na sua forma quase natural e em posições sensuais. Poderíamos dizer que esta ausência de fotografia é um dos indicadores de que o tabu ainda existe na nossa sociedade? Não seria uma contradição? Sabemos que antes do desenvolvimento de todo o aparato tecnológico, em algumas situações os desenhos eram mais recomendados do que as fotografias, particularmente quando se desejava destacar algum detalhe do objeto representado.

Os esquemas (um tipo de imagem funcional) normalmente representam os cortes anatômicos do sistema reprodutor masculino e feminino, não são muito frequentes em livros destinados a crianças de 6-10 anos. Nesse grupo foram identificados apenas dois livros que fazem uso desse tipo de imagem: *De onde vem os bebês* e *Questões de amor* -5-8 anos. Esses esquemas anatômicos são apresentados completamente isolados do corpo humano, o que pode reforçar uma visão fragmentada do corpo. Além disso, em alguns casos a tuba uterina é representada colada ao ovário, o que leva o leitor a construção de uma representação do sistema reprodutor feminino que não corresponde a realidade. O desenho do órgão sexual externo da menina, no qual evidencia a vulva com os seus respectivos elementos, só é apresentado nos livros *Questões de amor* (11-14 anos) e *O planeta eu* sendo que nesse último livro, o desenho é apresentado em um encarte juntamente com outros cortes anatômicos. Entretanto, desde cedo, as crianças tem consciência do seu corpo e, naturalmente, já fazem perguntas sobre os órgãos sexuais, o que justificaria a presença desse tipo de esquema nos livros de Educação sexual. Além disso, as crianças e adolescentes tendem a fazer confusão entre vulva e vagina.

Para representar o desenvolvimento intrauterino do bebê, os autores/editores fazem uso de desenhos e, muito raramente de fotografia, embora esse último tipo de imagem já seja amplamente divulgado. Os desenhos não são claramente definidos e, em alguns casos (ex.Liv.*De onde eu vim?* p.16-17), esta forma de representação reforça o preformismo, ou seja, induz o leitor a pensar que este novo ser, em formação, estava pré-formado em algum lugar e só faz crescer no ventre da mãe, pois do primeiro ao nono mês, o bebê só muda de tamanho, conservando o mesmo aspeto. Segundo Carneiro, (1992) a concepção preformista (com as suas variações) é muito comum entre crianças e, mais raramente encontradas entre os adolescentes e adultos. Estudos desenvolvidos pela autora, evidenciaram que algumas crianças representam o ventre materno como um campo fértil, no qual o homem coloca a sua semente. Nesse caso, o novo ser estaria pré-formado na semente paterna e ao encontrar um lugar adequado (o corpo materno) só faz crescer (p.103).

As imagens que representam o corpo são na sua grande maioria estereotipadas chegando mesmo a se caracterizar como caricaturas de um corpo. Essas caricaturas são mais frequentes em livros do primeiro grupo. Observa-se, no entanto, que os desenhos que evidenciam as diferenças externas entre o corpo de meninos e meninas ou entre o corpo de um homem e de uma mulher são mais realistas (ex: liv.*Questões de amor*); *O que está acontecendo comigo*).

Os autores/editores ao representarem o ser humano ignoram a variedade de etnias que forma a população brasileira. Identificamos apenas duas imagens de adolescentes negros. Como explicar a

ausência de crianças e adolescentes negros e indígenas nesses livros? A hipótese que avançamos é que dos 18 livros analisados, 12 foram escritos por autores estrangeiros e, apenas seis são de autores de brasileiros. Mas, mesmo nos livros genuinamente brasileiros a nossa riqueza étnica também não é contemplada.

As legendas são raras e quando se fazem presentes não explicitam, por exemplo, o tipo de corte anatômico e nem as suas dimensões. No entanto, segundo Massironi (1992), as informações que normalmente compõem uma legenda direciona a leitura das imagens e auxilia o leitor a ligar o estímulo visível a um conceito abstrato. Vale ressaltar que os esquemas são imagens que apresentam um baixo nível de iconicidade e alto nível de abstração, o que dificulta a sua leitura, principalmente quando o leitor não domina o tema em questão. Nesse caso, as legendas são elementos indispensáveis.

6.3 O QUE DIZEM OS TEXTOS?

Os conteúdos abordados na maioria dos livros do primeiro grupo centram-se no processo reprodutivo, enquanto que os outros livros, embora explique o processo biológico de formação do novo ser, abordam outras temas como: mudanças físicas que ocorrem no corpo ao longo do tempo, o papel dos hormônios, entre outros. Os livros mais antigos, como, por exemplo, *De onde vêm os bebês*, antes de abordarem o processo de reprodução humana começam descrevendo os processos reprodutivos de vegetais e de várias espécies de animais. A palavra semente é usada para substituir o termo espermatozoide na maioria dos livros do primeiro grupo. Lembramos que o uso de metáforas e analogias podem ser um recurso pedagógico precioso desde que sejam explicitadas as suas limitações. Os livros destinados a pré-adolescentes e adolescentes descrevem as mudanças que ocorrem no corpo com muita propriedade, embora não entre em detalhes. O livro *Coisas que toda garota deve saber*, por exemplo, além de explicar as mudanças físicas que ocorrem no corpo das meninas apresenta os diversos tamanhos e formas de corpo – corpo pera, violão, retângulo e triângulo (p.54-55) – o que satisfaz a curiosidade de muitas meninas. No entanto, nessa fase elas ainda não tem um corpo bem definido que se enquadre nos modelos citados. Ao explicar porque os quadris ficam mais largos, o mesmo livro afirma que: “seus quadris precisam ser largos o bastante para acomodar um nenê, caso um dia você decida ser mãe.” Ora, se o corpo da leitora do livro não se enquadra no modelo de quadris largos? Ela não vai poder ser mãe? Vale lembrar que esse livro não faz nenhuma diferença as mudanças que ocorrem no corpo dos meninos.

A higiene corporal é normalmente abordada no seu sentido mais amplo e mais raramente no sentido mais restrito. O livro *Coisas que toda garota deve saber*, apesar de apresentar um subtítulo: “diferentes formas de proteção higiênica”, a autora apresenta apenas informações sobre o uso de absorventes e tampões. No entanto, a higiene corporal deveria ser abordada em livros para todas as idades, uma vez que ainda circulam entre jovens brasileiros muitos mitos e crendices sobre esta questão, principalmente no que diz respeito ao período de menstruação. Por outro lado, o livro da mesma coleção destinado a garotos, *Coisas que todo garoto deve saber*, apresenta contribuições importantes sobre a higiene masculina.

6.4 RELAÇÃO TEXTO E IMAGEM

A relação texto e imagem nem sempre é evidente para o leitor. No primeiro grupo de livros é comum encontrarmos imagens que funcionam como pano de fundo para o texto. Se considerarmos que uma imagem é também uma forma de linguagem, a relação imagem-texto deve estar em

harmonia. Nesta perspectiva, “a cumplicidade entre os elementos verbais e os elementos icônicos desempenha um papel importante no processo de comunicação e não deve ser negligenciada no momento da concepção ou escolha de uma imagem” (Carneiro, M.H.S. 1997).

Os livros destinados a adolescentes, a imagem é redundante ao texto, embora, esse último não remeta o leitor à leitura das imagens. Nesse caso, as imagens desempenham um papel meramente ilustrativos, pois não apresentam nenhuma informação complementar. As outras imagens são meramente ornamentais desempenhando apenas uma função motivadora.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora modesta, porém criteriosa, as contribuições deste estudo sugerem alguns caminhos que podem ser considerados tanto no momento da produção de livros como no desenvolvimento de ações pedagógicas que tenham a educação sexual, e particularmente, o corpo como tema central.

O uso abusivo de imagens nos livros destinados para o público infantil e sua alta densidade por página parece encontrar suporte na falsa ideia de que as ilustrações traduzem por si o conhecimento. Lembramos que uma imagem pode ajudar a aprendizagem pela sua capacidade de atrair e de prender atenção, mas, isoladamente, não pode ser considerada uma fonte de aprendizagem, pois a percepção de uma imagem não garante a construção de um conceito. Portanto, cabe ao professor, organizar as condições pedagógicas necessárias para que o aluno possa reconstruir as informações por ela transmitida.

Os desenhos que representam o ser humano são, na sua grande maioria, caricaturas e evidenciam um corpo que não corresponde a realidade do leitor. As fotografias são raras e quando se fazem presentes desempenham um papel atencional.

A análise dos livros nos permite afirmar que o seu conteúdo ainda é muito centrado em informações biológicas, o que dificulta a construção de uma concepção integrada do corpo humano com o meio físico e social, no qual está inserido. Em outras palavras, esses livros paradidáticos deveriam ajudar o leitor a ultrapassar as fronteiras biológicas do seu próprio corpo e tomar consciência da sua complexidade, do seu equilíbrio dinâmico e da sua relação de interdependência com o meio sociocultural. É importante que as crianças e adolescentes percebam que o corpo humano está situado no tempo e no espaço, que tem, portanto, uma história, além da história biológica, e que possui emoções, sentimentos, sensações de prazer e de desprazer!

A leitura dos livros nos revela uma concepção de Educação Sexual centrada na dimensão biológica, particularmente nos processos reprodutivos deixando em segundo plano a dimensão social e cultural. Apesar disso, nem todos os livros apresentam informações sobre as mudanças que estão ocorrendo no corpo das crianças e dos adolescentes. Um livro de educação sexual deveria propor informações que auxilie o leitor a compreender os diferentes aspectos da sexualidade: biológica, afetiva, social e cultural e não aprisiona-la à uma única dimensão.

Todas essas informações, imagens e valores a respeito do corpo que são veiculadas em livros de Educação Sexual, desde que não sejam carregadas de preconceitos podem orientar o seu leitor a fazer as suas escolhas com segurança e responsabilidade.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Aragão, R.M.R., Cerri, Y.L.N.S. & Schnetzler, R.P. (Orgs.). (2000). *Modelos de ensino: corpo humano, célula, reações de combustão*. Piracicaba: UNIMEP/CAPES/PROIN.

- (2) Calado, I. (1994). *A utilização educativa das imagens*. Porto : Porto Editora, p. 21,102.
- (3) Carneiro, M.H.S. (1992). *Étude des représentations dans le domaine de la reproduction et du développement, construction progressive de ces concepts chez les enfants de l'école primaire de Brasília - Brésil*. Tese de doutorado não publicada, Université Paris VII, Paris, França.
- (4) Carneiro, M.H.S.(1997). As imagens no livro didático. Marco Antonio Moreira (org) *Atas do 1º Encontro Nacional de Pesquisa em Ensino de Ciências*. Porto Alegre: UFRGS, 363-373.
- (5) Druoin, A-M (1987). Des images et sciences. Paris: Aster, I.N.R.P., 4, 1-31
- (6) Duchastel, P; Fleury, M & Provost, G. (1988). Rôles cognitifs de l'image dans l'apprentissage scolaire. *Bulletin de Psychologie*, XLI, 386, 667-671
- (7) Giordanl, A. (1990) Les enzymes de l'estomac concassent, pétrissent, malaxent la nourriture ou...Préalabes pour une didactique de l'image. *Bulletin dePsychologie*, XLI, 386, 672-689.
- (8) Houaiss,A.;Villar,M.S.; Franco,F.M.F. (2009) Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: editora Objetiva, 1048.
- (9) Joly, M. (2005) *Introdução à análise da imagem*. São Paulo: Papirus, 13-152.
- (10) Macedo, E. (2005). Esse corpo das ciências é meu? In Marandino, M. et al.(Ed.) *Ensino de Biologia: conhecimentos e valores em disputa*. Niterói: Eduff.
- (11) Marzano-Parisoli, M.M. (2004) *Penser le corps*. Paris: Puf p.20
- (12) Moriau,D. (1977). Le corps médicalisé. In *Quel corps?* Paris: Éditions de la Passion, 1986 p. 128-145.
- (13) Massorini, M. *Ver pelo desenho*. Lisboa: Edições 70, 1982.
- (14) Moles, A.A.(1981). *L'image. Communication fonctionnelle*.Paris: Casterman.
- (15) Silva, E.P. DE Q. Quando o corpo é uma (des)construção cultural. In Marandino, M. et al.(Ed.) *Ensino de Biologia: conhecimentos e valores em disputa*. Niterói: Eduff, 2005.
- (16) Queiroz,N.M. (2007). *Imagem e pensamento. Da atração do olhar à significação do conceito*. Dissertação Mestrado não publicada. Universidade de Brasília. Df. Brasil

APÊNDICE: LIVROS ANALISADOS

- (1) Andry, C.; A.& Schepp,S. (1995). *De onde vem os bebês*, São Paulo: Nobel.
- (2) Cole, B. (2005). *Mamãe botou um ovo*. São Paulo: Ática.
- (3) Cole B. (2005). *Cabelinhos nuns lugares engraçados*. São Paulo: Ática.
- (4) Bernardini, M. (1985). *Deseducação Sexual* . São Paulo: Summus.
- (5) Dumont, V. (1997). *Questões de amor 5 - 8 anos*. França: Nathan/Callis.
- (6) Dumont, V. (1987). *Questões de amor 8 - 11 anos*. França: Nathan/Callis.
- (7) Dumont, V. (1987). *Questões de amor 11 – 14 anos*. França: Nathan/Callis.
- (8) Fisher, N. (2001). *Armando a barraca*. São Paulo: Melhoramentos,2001
- (9) Iacocca, L.& Iacocca, M.(n.d). *O planeta eu. Conversando sobre sexo*.
- (10) Lopes, G. & Maia (2001). *Conversando com a criança sobre sexo. Quem vai responder?* Belo Horizonte: Autentica.
- (11) Llewellyn, C.& Gordon, M. (2002). *De onde eu vim? Aprendendo sobre sexualidade*. São Paulo: Scipione.

- (12) Mayles, P., Robins,A. & Walter, R. (2000). *O que está acontecendo comigo?* São Paulo: Nobel.
- (13) Mayle, P. ; Robins, A. & Walter, P. (2000). *De onde viemos ?* São Paulo : Editora Nobel.
- (14) Ribeiro,M. (1991). *Menino brinca de boneca?* Rio de Janeiro: Salamandra.
- (15) Rugen, S.(1997). *Coisas que toda garota deve saber*. São Paulo, Melhoramentos.
- (16) Strausz, R. (2009). *Deus me livre!* São Paulo: Companhia das letrinhas.
- (17) Wierzchowski, L. (2010). *Semente de gente*. Rio de Janeiro: Record/Galerinha.
- (18) Vilela, A.C. (1991). *Coisas que todo garoto deve saber*. São Paulo: Melhoramentos.

**VIVÊNCIAS EM PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA
A SAÚDE**



O ADOECIMENTO DO TRABALHADOR DOCENTE DO CICLO BÁSICO I E II DA ESCOLA PÚBLICA MUNICIPAL DE BELÉM (PARÁ, BRASIL) NO DISTRITO ADMINISTRATIVO DO ENTRONCAMENTO

THE ILLNESS OF TEACHING OF BASIC CYCLE I AND II OF PUBLIC MUNICIPAL SCHOOL OF BELÉM (PARÁ, BRASIL) IN ENTRONCAMENTO ADMINISTRATIVE DISTRICT

Nilma Trindade;¹ Jorge Bonito²

¹ Escola Municipal de Ensino Fundamental Prof. Paulo Freire, Daico, Icoaraci, Belém do Pará, Brasil / naife08@hotmail.com

² Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora, Portugal / jbonito@uevora.pt

RESUMO

Este estudo baseia-se em pesquisa bibliográfica e de campo, com abordagem qualitativa e descritiva, o qual investiga os fatores que contribuem para o adoecimento do docente do Ciclo Básico I e II da escola pública municipal, em Belém do Pará (Brasil), no distrito administrativo do Entroncamento, assim como analisa a escola pública como locus de desenvolvimento do trabalho docente, buscando identificar a participação docente nas tomadas de decisão na escola e os procedimentos didático-pedagógicos desenvolvidos, suas relações de trabalho, educação e saúde. Os resultados encontrados revelaram que o conceito de saúde apresentado pelos docentes compreende o equilíbrio entre as dimensões biopsicossocial do indivíduo e os fatores como a organização e as condições de trabalho que contribuem no processo de adoecimento dos docentes. O trabalho pedagógico e os recursos disponíveis são limitados pela falta de infraestrutura da escola, como a falta de climatização das salas de aulas, comprometendo a voz, assim como o ritmo de trabalho é sentido como fator estressante, considerando as várias atividades desenvolvidas nas unidades de ensino.

Palavras-chave: *Escola pública; ciclo de formação; trabalho docente; adoecimento.*

ABSTRACT

This study is based on literature and field research, both qualitative and descriptive, which investigates the factors that contribute to the illness of the teacher of the Basic Cycle I and II of the public school in Belém/Pará (Brasil) in the administrative district of Entroncamento, and analyzes the public school as the locus of development of teaching, trying to identify the teacher participation in decision making at school and didactic-pedagogic procedures developed, their working relationships, education and health. The results showed that the concept of health presented by the teachers understand the balance between the individual and the biopsychosocial factors as the organization and working conditions contribute to the process of illness among teachers. The

educational work and available resources are compromised by lack of school infrastructure, the lack of air conditioning the classrooms, affecting the voice, as well as the pace of work as a stressor, considering the various activities in the teaching units.

Keywords: *Public school; cycle training; teaching; illness.*

1. SAÚDE DO TRABALHADOR DOCENTE

O conjunto de reformas educacionais que vem sendo desenvolvido desde 1990 tem acarretado um processo de reestruturação do trabalho pedagógico, tendo como pressuposto fundamental a responsabilização do docente para o êxito das medidas desenvolvidas. No contexto da nova regulação dos sistemas de ensino, que combina a centralização de alguns aspectos da educação nacional como avaliação, distribuição financeira, com o processo de descentralização principalmente no que se refere à execução de tarefas, observa-se o destaque atribuído aos docentes como agentes fundamentais no desempenho da escola e dos alunos.

De acordo com Oliveira (s.d.), faz-se importante destacar que em muitos municípios brasileiros, pela ausência de políticas públicas como cultura, saúde e lazer e por ser a escola a única agência pública nos locais de maior pobreza, esta acaba por configurar-se como um espaço no qual estas questões são minimamente tratadas ou ocorre um levantamento dos problemas referentes a essas áreas. Desta forma, o trabalhador docente desdobra-se em direção a atividades que envolvam essas questões alargando a sua função para além de suas capacidades técnicas e humanas, pois não existindo profissionais habilitados para o atendimento das políticas citadas, cabe ao docente buscar respostas às demandas levantadas.

Outro aspecto relevante, quanto ao trabalho docente, refere-se à “dilatação, no plano legal, da compreensão do que seja o pleno exercício das atividades docentes” (Oliveira, s.d., p. 3), a partir da publicação da Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 206º, inciso VI, afirma o princípio da gestão democrática presente também na Lei 9394/96. Importante considerar, segundo Oliveira (s.d.) que:

“este dispositivo, apesar de representar uma conquista dos movimentos sociais, traz novas exigências para a escola. Os trabalhadores devem participar da gestão da escola, da escolha direta para diretores e coordenadores escolares, além de representação junto aos conselhos escolares, dos quais eles devem ser eleitores e postulantes. Além disso, a gestão democrática pressupõe o trabalho coletivo de elaboração do planejamento escolar e dos programas e currículos. Nesse período ocorre também a ampliação dos dias letivos de 180 para 200 ou 800 horas” (p. 24).

Observa-se, no contexto das reformas e do padrão de regulação do sistema educacional, uma significativa intensificação do trabalho; precarização das relações de emprego; mudanças consideráveis nas relações de trabalho que repercutem sobre a identidade e condição docente. Entre os fatores que contribuem para o processo de intensificação do trabalho docente também podemos citar: a ampliação da jornada de trabalho, a falta de tempo para desenvolver atividades referentes ao planejamento, à formação, às diversas tarefas assumidas no local de trabalho que exigem o envolvimento docente como, por exemplo, reuniões do conselho escolar, reuniões com a comunidade, fora de sua jornada de trabalho e, portanto, sem remuneração para tal.

Oliveira (s.d.) chama atenção ainda no que se refere a intensificação do trabalho docente e à jornada de trabalho para a questão salarial, já que com baixos salários os docentes veem-se obrigados a estender sua carga horária comprometendo, desta forma, a qualidade do trabalho desenvolvido nas escolas, as horas que deveriam ser destinadas à formação continuada e ao lazer, tendo estas questões implicações na qualidade de vida deste trabalhador.

Segundo Laurell (1989), a carga de trabalho é resultante do conjunto de elementos do processo de trabalho que se inter-relaciona, dinamicamente, com o corpo do trabalhador. Para o citado autor, a carga de trabalho “provoca processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica”(p. 110).

Já Wisner (1987) subdivide a carga de trabalho em três dimensões: física, cognitiva e psíquica, enquanto Laurell (1989) utiliza de outra subdivisão, contemplando, as cargas física, química, mecânica, fisiológica e psíquica. A noção de carga psíquica, assim como as demais, é socialmente produzida, pode ser dividida, segundo esses autores, em dois grupos: a sobrecarga psíquica (estado de tensão prolongada) e a subcarga psíquica (impossibilidade de desenvolvimento e de uso da capacidade psíquica). “A interação dinâmica e potencialização das cargas determinadas pela lógica global do processo de trabalho produzem desgaste sobre os processos biopsicossociais, que podem ou não se expressar em patologias” (p.77).

De acordo com Salm (1991), assiste-se hoje, em todo o mundo, a um movimento de revalorização da escolaridade, em função da introdução de novas técnicas que mudam o conteúdo e a forma da organização do trabalho - mesmo que seja apenas no plano discursivo, como acontece atualmente no Brasil. Esse redirecionamento passa a demandar trabalhadores polivalentes, criativos e flexíveis. Tal movimento traz implícita a idéia de que a atual competitividade, em contraposição ao padrão taylorista-fordista de gestão da força de trabalho, depende da qualificação e do envolvimento dos trabalhadores no processo produtivo, exigindo a revisão das práticas de formação profissional.

De acordo com os dados teóricos abarcados pelo campo da Saúde Mental e Trabalho, encontrou-se a teoria do estresse, que de acordo com Chanlat (1990), foi formulada nos anos 1930, na qual tentava-se entender os fenômenos fisiológicos mediante a elementos ameaçadores a partir de uma visão behaviorista - cujo prolongamento de exposição à situação estressora poderia culminar com a ocorrência de distúrbios no organismo. Os modelos de diagnosticar o estresse existente atualmente redefinem melhor, e mais especificamente, o estresse provocado pelo trabalho.

Observou-se também que o mal-estar dos profissionais ligados aos serviços de prestação de cuidados, como saúde, assistência social ou educação estudados na década de 1970, resultou na elaboração do conceito de estresse (mesmo que a ele não façam referência explícita), em conceito de esgotamento profissional - denominado pelos psicólogos sociais norte-americanos *burnout*, que poderia ser traduzido como algo relativo a uma “queimação interna” (da energia, das expectativas e da autoimagem). A noção de *burnout* se define, portanto, “como uma síndrome de esgotamento físico e emocional, compreendendo o desenvolvimento de imagens negativas sobre si mesmo, de atitudes desfavoráveis em relação ao trabalho e uma perda de interesse em relação aos clientes” (Chanlat, 1990, p. 120).

Aubert (1993) acredita que o conceito de “neurose profissional”, elaborado com Pagès (1989), se apresenta como alternativa ao de estresse para explicar casos patológicos relacionados às condições de trabalho, aproximando-se mais da corrente francesa da psicopatologia do trabalho, o que não descarta os vínculos mantidos por esse conceito com os de estresse e de esgotamento profissional (*burnout*). Uma das modalidades de neurose profissional, a “neurose de excelência” (doença da idealização), traduz-se na luta incessante dos indivíduos para satisfazer os ideais de excelência, de

sucesso, demandados pela sociedade, em detrimento de sua personalidade real, cujo quadro se aproxima, segundo a própria autora, ao daquele de *burnout*.

Segundo Dejours (1992), a abordagem do estresse e a psicopatologia do trabalho se edificaram em contextos e bases disciplinares muito diferentes, têm modos diferenciados de visualizar o ser humano. “O primeiro, aquele que se projeta a partir das numerosas pesquisas sobre o estresse no trabalho, faz aparecer o ser humano como “máquina” biopsicossocial, abstrata, submetida à normalidade estatística. Mais psicológico do que sociológico, esse modelo procura, antes de tudo, garantir que cada um possa encontrar seu equilíbrio e adaptar-se a seu ambiente de trabalho (p. 120). O segundo, aquele que emana da análise psicopatológica, é bem diferente. Sem negar a realidade biológica do ser humano, define-o como um ser humano concreto, um sujeito em ação, uma pessoa em situação, cuja qualidade da vida psíquica no trabalho é indissolivelmente ligada aos grupos e a suas condições de existência, o que o conduz a interpelar diretamente a organização do trabalho” (Chanlat, 1990, p. 124).

Dejours e Abdoucheli (1994, pp. 125-126) entendem por organização do trabalho “por um lado, a *divisão do trabalho*: divisão de tarefas entre os operadores, repartição, cadência e, enfim, o modo operatório prescrito; e por outro lado a *divisão de homens*: repartição das responsabilidades, hierarquia, comando, controle etc.”. Se as condições de trabalho têm por alvo principalmente o *corpo*, a organização do trabalho atua no nível da *vida psíquica*. O modo operatório “incita o sentimento e o interesse do trabalho para o sujeito, enquanto a divisão de *homens* solicita, sobretudo as relações entre as pessoas e mobiliza os investimentos afetivos, o amor e o ódio, a amizade, a solidariedade, a confiança etc.”.

No início da década de 1980, o conceito de sofrimento proposto por Dejours (1987) para delimitar um campo de investigação que não era o da doença mental, marca, portanto, a diferença da psicopatologia clássica. O sofrimento era “concebido como a vivência subjetiva intermediária entre doença mental descompensada e o conforto (ou bem-estar) psíquico” (Dejours & Abdoucheli, 1994, p. 127). Assim, nota-se que os trabalhadores elaboram *defesas* individuais e coletivas para lutar contra o sofrimento, de maneira que esse não é imediatamente localizável. Parte-se, pois, da compreensão de que os homens não estão passivos em relação à organização do trabalho, mas são capazes de se proteger elaborando defesas que escondem ou evitam o sofrimento que os acomete.

A educação escolar tem estado como questão principal a ser desenvolvida na busca da equidade social. No conjunto de fenômenos destacados nos estudos sobre esta temática o trabalho docente vem configurando-se como um ponto importante devido à condição de saúde desses profissionais. O aumento do adoecimento e afastamento deste trabalhador do seu local de trabalho, como aponta Esteve (1999), não é uma peculiaridade do sistema educacional brasileiro, tratando-se na verdade de um fenômeno internacional que alcança o conjunto de países de nosso contexto cultural. Os primeiros indicadores começaram a se tornar evidentes no início da década de 80 nos países mais desenvolvidos.

Os estudos sobre o trabalho docente vêm revelando contradições na sua natureza, finalidades e relacionadas a estas encontram-se os locais e condições de trabalho. Embora, não se perceba ainda tanta ênfase, a questão da saúde vem tornando-se um fenômeno a receber de maneira mais significativa a atenção dos pesquisadores e pesquisadoras.

Uma questão relevante tratada por Sato (2000) diz respeito à necessidade de compreender que o trabalho por si só não representa uma ameaça ao trabalhador e sim sua ausência também pode ser danosa à saúde. Segundo a autora “a consequência positiva ou negativa do trabalho deve-se ao contexto imediato no qual se realiza esse trabalho”(p. 7).

Desta maneira, volta-se a Esteve (1999) quando parte da categoria mal-estar docente afirmando ser necessário “defini-lo, saber em que consiste, evitar a imprecisão desse sentimento indeterminado”(p. 14). Torna-se de fundamental importância, então, analisar os indicadores de sofrimento e de riscos presentes no contexto escolar. Esteve (*idem*), ao citar Blase (1982), apresenta os possíveis fatores que, segundo o autor, configuram a presença do mal-estar do educador:

“fatores primários, referindo-se aos que incidem diretamente sobre a ação do professor em sala de aula, gerando tensões associadas a sentimentos e emoções negativas; e, por outro lado, fatores secundários, referentes às condições ambientais, ao contexto em que se exerce a docência” (p. 27).

Ao considerar os fatores secundários Esteve (*ibidem*) afirma:

“a ação desse grupo de fatores é indireta, afetando a eficácia docente ao promover uma diminuição da motivação do professor no trabalho, de sua implicação e seu esforço. Isolados, têm apenas significado intrínseco, mas quando se acumulam, influem fundamentalmente sobre a imagem que o professor tem de si mesmo e de seu trabalho profissional, gerando uma crise de identidade que pode chegar, inclusive à auto depreciação do ego” (p. 27).

E ainda sobre estes pode se dizer que compreendem: (a) modificação no papel do professor e dos agentes tradicionais de socialização; (b) a função docente: contestação e contradições; (c) modificação do apoio do contexto social; (d) os objetivos do sistema de ensino e o avanço do conhecimento e; (e) a imagem do professor.

2. METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como descritivo, tendo o propósito de levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população. Considerando o objeto de estudo desta investigação trata-se de analisar o olhar do trabalhador docente do ciclo básico I e II da escola pública municipal de Belém do Pará (Brasil), no distrito administrativo do Entroncamento, sobre a relação existente entre as condições de trabalho oferecidas pela escola e o adoecimento destes profissionais. Partiu-se da seguinte questão de investigação: *As condições de trabalho oferecidas pela Escola Pública Municipal em Belém/Pará são determinantes para o aparecimento de doenças desenvolvidas a partir da sala de aula?*

A pesquisa de campo foi realizada junto de professores do I e II ciclo e também com a coordenação pedagógica das escolas públicas municipais. Os instrumentos de recolha de informação incluíram o uso de questionários e de entrevistas, optando-se por uma pesquisa com traços qualitativos e contribuições quantitativas.

A investigação foi realizada em escolas públicas da Rede Municipal de Ensino, localizadas no distrito administrativo do Entroncamento, funcionando em turnos matutino e vespertino, de acordo com os seguintes motivos: fazem parte da rede municipal de ensino; é o distrito no qual a primeira autora deste trabalho desenvolve as suas atividades profissionais; apresentam, no levantamento epidemiológico realizado pelo Núcleo de Assistência à Saúde do Trabalhador (NAST), um percentual significativo de docentes que apresentam quadro de adoecimento.

Os dados foram coletados durante o primeiro semestre de 2010. As entrevistas foram desenvolvidas nas horas pedagógicas, no intervalo para o lanche, no intervalo entre os turnos e no espaço da coordenação, no turno matutino e vespertino. Nas entrevistas realizadas com os professores, foram utilizados roteiros previamente elaborados, com 5 questões abertas, agrupadas em três partes: a primeira constitui-se de um campo de investigação sobre o papel dos professores e suas competências nos dias atuais; a segunda é constituída de questões que tratam das atividades exercidas na escola, dentro da função docente e da distribuição do tempo entre lazer, repouso e atividades profissionais; e a terceira é formada de questões que abordam sobre doenças relacionadas ao trabalho desenvolvido na escola e os fatores imprescindíveis para o bem-estar do docente na escola. Teve a duração em média de 10 minutos para cada professor e representou um momento de extrema importância para a pesquisa, já que os docentes mostraram-se bastante motivados para responder e vários enfatizaram a importância do trabalho, chegando a dizer que esta era a primeira vez que uma pesquisa, que eles tenham participado, voltava-se para um assunto que, segundo eles, é de fundamental importância hoje dentro do espaço escolar.

Foram entrevistadas 10 coordenadores pedagógicos das escolas do distrito com o objetivo de analisar o entendimento destes profissionais acerca da relação trabalho e saúde no interior da escola e os encaminhamentos efetivados pelos mesmos no tratamento de tal questão, considerando que a coordenação pedagógica é um dos espaços de maior relevância na condução da gestão na instituição escolar. Teve em média a duração de 30 minutos, com uma participação geral, no início, mais tímida, característica essa que foi se transformando à medida que a conversa transcorria, deixando transparecer que a questão do adoecimento do trabalhador docente é uma realidade dentro da escola que preocupa a todos. Foi utilizado um micro-cassete de áudio para a gravação das entrevistas, que foi guiada por um roteiro elaborado, e realizadas no horário de HP dos docentes, intervalo de trabalho e durante o turno de trabalho da coordenação pedagógica. A gravação das entrevistas foi realizada com a autorização dos participantes, sendo que duas professoras disseram não se sentirem à vontade com o aparelho eletrônico, tendo sido então realizado o registro destas entrevistas através da escrita manual. No processo de análise das entrevistas, realizou-se uma leitura flutuante das respostas e em seguida uma leitura mais criteriosa com o objetivo de organizar as categorias. O processo de sistematização envolveu o desdobramento dos textos em unidades de registro temáticas recortadas nas respostas a cada pergunta, de modo a serem reagrupadas em indicadores, subcategorias e categorias de conteúdo semelhante.

O questionário é composto de 20 perguntas, sendo que 8 fechadas, as quais serviram para a formação do perfil do respondente, 2 questões abertas e as demais seguem a escala com os dispositivos de grau de concordância dos sujeitos, existindo um grau intermédio para expressar indiferenças: Concordo; Concordo completamente; Discordo; Discordo completamente; Estou indeciso (Eu não sei).

3. RESULTADOS E ANÁLISE

Os dados da Tabela 1 referem-se à distribuição dos docentes por sexo.

Tabela 7 – Distribuição de docentes por sexo.

<i>Idade</i>	<i>Número de docentes</i>	<i>%</i>
Masculino	10	16,7
Feminino	49	81,7
Não respondeu	1	1,7
Total	60	100

O fato da maioria dos docentes pertencerem ao sexo feminino segundo Carvalho (1996), não deve ser compreendida apenas como simples dados numéricos, mas antes como condição sócio-histórica que contribui nas formas de organização do trabalho docente. Ainda de acordo com a autora, a presença massiva da mulher no trabalho docente, principalmente nas séries iniciais, acaba por relacionar o exercício profissional à emoção e afetividade, que corroboram para a identificação da escola como o segundo lar, da professora como a tia.

No gráfico da Figura 1 mostra-se a distribuição dos docentes pela idade e o da Figura 2 por titulação acadêmica.

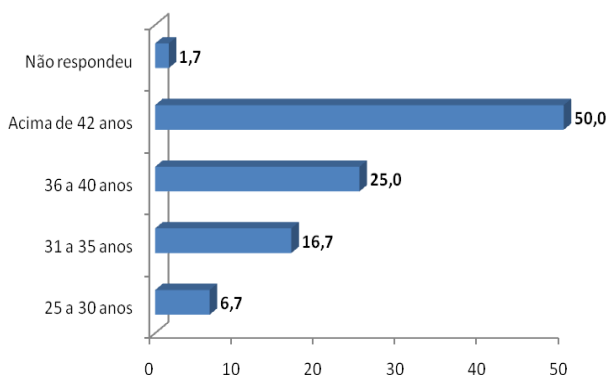


Figura 1 – Distribuição dos docentes pela idade.

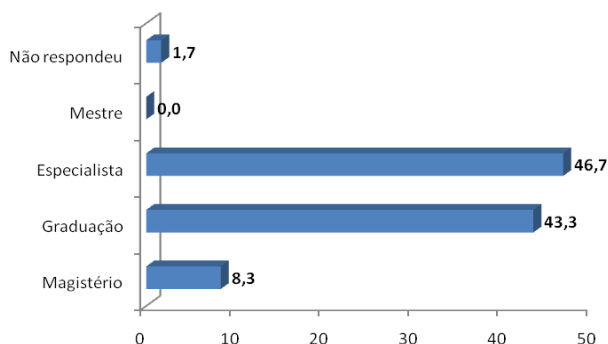


Figura 2 – Distribuição dos professores por titulação.

O gráfico da Figura 3 representa a distribuição professores pelos anos de serviço, enquanto o da Figura 4 se refere ao estado civil.

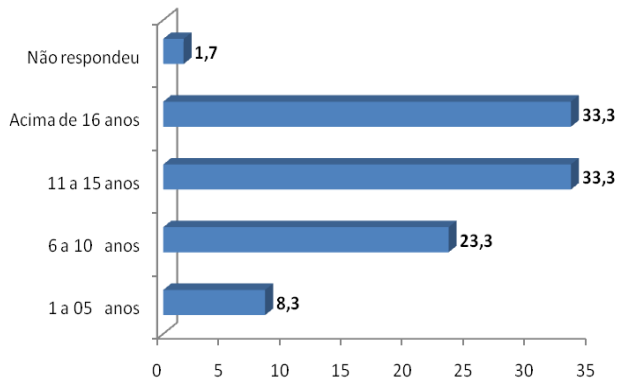


Figura 3 – Distribuição dos docentes por anos de serviço.

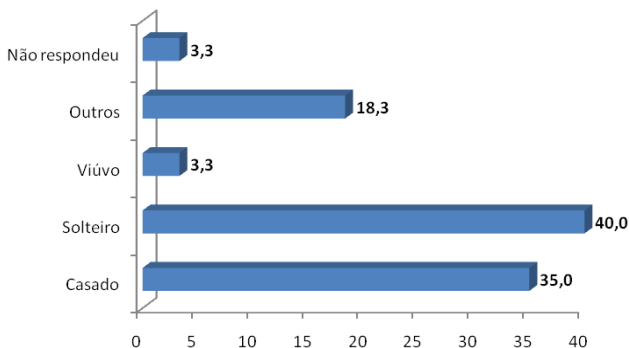


Figura 4 – Distribuição dos professores por estado civil.

Relativamente à jornada de trabalho, os resultados apresentam-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Dimensão da faixa de trabalho mensal.		
Faixa salarial	Número de docentes	%
100 h/mensal	6	10,0
150 h/mensal	2	3,3
200 h/mensal	44	73,3
Outros	7	11,7
Não respondeu	1	1,7
Total	60	100,0

Quanto a jornada trabalhada, os dados revelam uma maioria significativa de docentes com a carga horária de 200 horas mensal, mais precisamente 73,3%. Analisando este resultado, ganha destaque a fala no interior das instituições escolares, onde ocorreu a pesquisa, sobre a questão do excesso de carga horária trabalhada e que esta é uma característica do trabalho docente que tem uma grande relevância quando relacionada à questão do adoecimento deste profissional.

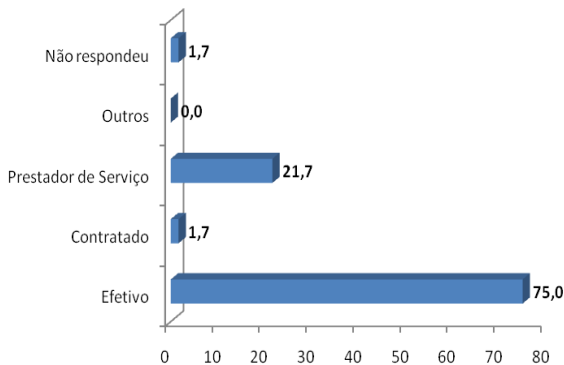


Figura 5 – Professores por vínculo com a instituição.

Os professores ao serem questionados de como conceituam a saúde, as respostas mais aproximadas no conceito de cada pesquisado pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição de professores por definição do conceito de saúde.

Conceito de Saúde	Número de docentes	%
É o perfeito funcionamento de todos os nossos órgãos levando a um estado de bem estar físico, psicológico, social e afetivo, expressando qualidade de vida e felicidade.	47	78,3
Saúde é sentir-se bem. Estar disposto e motivado para realizar as atividades diárias.	5	8,3
É qualidade de vida, é prazer em realizar algo, alegria, disposição e fonte de vida.	1	1,7
É o desenvolvimento satisfatório do corpo no que concerne ao bem estar físico e mental, principalmente no ambiente de trabalho.	3	5,0
Saúde é a satisfação plena do ser humano quando preenche todas as necessidades sem dor, sem doença e com plena satisfação dos prazeres e afazeres (social, profissional, etc.)	4	6,7
Total	60	100,0

Nesta questão, observa-se que 78,3% das respostas dos questionários convergem para um conceito de saúde que a considera como um estado de bem-estar e equilíbrio entre o físico e o psicológico, social e afetivo. Este conceito tem como núcleo central a idéia de uma situação que possibilitaria o

equilíbrio biopsicossocial do indivíduo. Observa-se neste campo conceitual a importância das contribuições apresentadas por Sato (2000) no qual “saúde é poder respeitar as necessidades, ritmo e desejos do organismo quando elas se apresentam” (p. 7). Ao se considerar a relação trabalho e saúde, a relevância diz respeito não só ao trabalho em si, mas às condições efetivas na qual ele ocorre, envolvendo tanto a organização como as condições de trabalho. A autora ressalta, também, que não é o trabalho em si que se apresenta como danoso à saúde do indivíduo, podendo a sua ausência gerar situações de adoecimento e sim o contexto no qual ele ocorre. Desta maneira, um trabalhador saudável seria aquele capaz de identificar o que lhe provoca o adoecimento no espaço de trabalho e ter condições reais de modificá-los. Este conceito contribui para uma visão dinâmica de saúde e a coloca como questão a ser conquistada diariamente. As consequências desta conquista é que iriam refletir na resposta equilibrada do organismo à situações conflitantes e não simplesmente adaptar-se a elas.

Quanto a relação entre trabalho e saúde os dados revelam que os docentes estabelecem uma relação direta entre estes aspectos (Tabela 4). Assim, 48,3% faz referência tanto a organização do trabalho, envolvendo a divisão e relações de trabalho, como as condições de trabalho que compreendem os aspectos da infraestrutura, recursos pedagógicos, condições de higiene, entre outros. A precarização destes fatores, de acordo com a respostas dos docentes, pode contribuir no processo de adoecimento no interior das unidades escolares.

Tabela 4 – Distribuição de professores por relação entre trabalho e saúde.

<i>Relação entre trabalho e saúde</i>	<i>Número de docentes</i>	<i>%</i>
O excesso de carga horária contribui no adoecimento do trabalhador e em alguns momentos, por falta de tempo, este não procura atendimento médico ou mesmo o repouso necessário.	2	3,3
O trabalho pode gerar situações que nos desgastam em diversos aspectos, inclusive no psicológico. O excesso de trabalho pode ser uma dessas causas. É importante termos um ambiente de trabalho pautado no respeito às diferenças, às limitações, pois, se assim não for, teremos profissionais propensos a problemas de saúde, no que se refere à saúde mental. A estrutura física e material é outro fator que deve ser considerado para a saúde do trabalhador, como, por exemplo: os problemas respiratórios devido à insalubridade, os problemas vocais devido excessos em turmas super lotadas.	29	48,3
É impossível ter saúde quando se é obrigado a ter uma jornada intensa de trabalho em sala de aula. O nível de envolvimento emocional e a necessidade de atender às especificidades dos alunos é fator estressante. Seria preciso ter tempo para preparar aulas e pesquisar.	9	15,0
Se dá quando a vocação para o trabalho se confunde com o prazer de realizar o labor e as condições de trabalho estejam satisfatoriamente favoráveis.	4	6,7
Se a escola me proporciona uma infraestrutura boa como: acesso a um ambiente saudável, jornada de trabalho adequada, relacionamento interpessoal, entre outros	2	3,3
Problemas físicos certamente afetam nosso desempenho, assim como questões relacionadas a qualquer transtorno psicológico.	10	16,7
Condições inadequadas de trabalho como: falta de recursos, pressões psicológicas, jornada extensa, incidem em esgotamento, doenças, má alimentação, etc. afetando diretamente a saúde do trabalhador e por outro lado sua produtividade.	4	6,7
Total	60	100,0

Quanto a questão da infraestrutura (Tabela 5), para 40% dos pesquisados que declararam discordar da afirmativa, a infraestrutura poderia ser melhor se fatores como água potável, climatização das salas e mobiliário adequado fossem uma realidade nas escolas. Esta compreensão aproxima-se do que revela 41,7% que responderam concordar com a afirmativa, revelando que a infraestrutura, apesar de satisfatória ao desempenho do trabalho docente, ainda tem pontos que precisam ser redimensionados. Apenas 1,7 % afirma que a infraestrutura é adequada o que leva ao entendimento de que para estes não há mudanças necessárias.

Tabela 5 – Distribuição de professores por infraestrutura da escola.

<i>A infraestrutura apresentada pela escola é adequada ao desenvolvimento do trabalho pedagógico</i>	<i>Número de docentes</i>	<i>%</i>
<i>Discordo</i>	24	40,0
<i>Discordo completamente</i>	9	15,0
<i>Concordo</i>	25	41,7
<i>Concordo completamente</i>	1	1,7
<i>Sem opinião</i>	0	0,0
<i>Não respondeu</i>	1	1,7
<i>Total</i>	60	100,0

Os resultados da Tabela 6 demonstram que os recursos são mecanismos de sustentação ao trabalho docente. Cerca de 43% dos docentes responderam discordar da afirmativa de que os recursos disponíveis contribuem de forma positiva para o trabalho pedagógico, dado que pode ser contextualizado considerando a fala de vários pesquisados que durante o período de aplicação dos questionários declaravam ter como instrumentos de trabalho somente o giz, o quadro, os livros didáticos e o seu esforço individual, caracterizando a escola como bastante precária em relação aos recursos.

Tabela 6 – Distribuição de professores por recursos disponíveis.

<i>Recursos disponíveis contribuir de forma positiva para o trabalho pedagógico.</i>	<i>Número de docentes</i>	<i>%</i>
<i>Discordo</i>	26	43,3
<i>Discordo completamente</i>	4	6,7
<i>Concordo</i>	26	43,3
<i>Concordo completamente</i>	4	6,7
<i>Sem opinião</i>	0	0,0
<i>Não respondeu</i>	0	0,0
<i>Total</i>	60	100,0

Por outro lado, em algumas escolas, a fala dos docentes foi bastante diferente do quadro anterior, já que estes declararam que a instituição educacional na qual trabalham apresenta um grande número de recursos que, porém, precisam ser melhores disponibilizados as professoras e professores contextualizando, o que evidencia então que as escolas, local da pesquisa, apresentam situações diferentes em relação aos recursos pedagógicos.

Quanto a questão do espaço ao entorno da escola (Tabela 7), considerando que 38,3% discorda, fica evidente que questões como o ruído, limpeza dos esgotos, lixo e situações de violência são questões que interferem no trabalho docente.

Tabela 7 – Distribuição de professores por o espaço ao entorno da escola.

<i>O espaço ao entorno da escola contribuiu de forma positiva para o trabalho pedagógico</i>	<i>Número de docentes</i>	<i>%</i>
<i>Discordo</i>	23	38,3
<i>Discordo completamente</i>	9	15,0
<i>Concordo</i>	26	43,3
<i>Concordo completamente</i>	1	1,7
<i>Sem opinião</i>	0	0,0
<i>Não respondeu</i>	1	1,7
<i>Total</i>	60	100,0

A questão da jornada (Tabela 8) é um dos principais problemas para o desenvolvimento do trabalho docente de acordo com as professoras e professores pesquisados, fato este confirmado pelo percentual de 40,0% que declararam discordar completamente da afirmativa de que a jornada de trabalho é adequada para atender as exigências colocadas aos docentes. Já 23,3% declararam que discordam, o que representa que a questão da carga horária precisa ser repensada.

Tabela 8 – Distribuição de professores por o espaço ao entorno da escola.

<i>A jornada de trabalho é adequada para atender as exigências colocadas aos docentes</i>	<i>Número de docentes</i>	<i>%</i>
<i>Discordo</i>	14	23,3
<i>Discordo completamente</i>	24	40,0
<i>Concordo</i>	19	31,7
<i>Concordo completamente</i>	1	1,7
<i>Sem opinião</i>	0	0,0
<i>Não respondeu</i>	2	3,3
<i>Total</i>	60	100,0

Quanto a questão do ritmo de trabalho (Figura 6), 13,3% declararam discordar completamente de que este seja um fator estressante o que leva a percepção de que para estes há uma harmonia com o trabalho desenvolvido. Esta concepção passa a ser problematizada por 25,0% ao declararem que discordam da afirmativa, o que possibilita a compreensão de que o ritmo de trabalho, embora não seja um grande causador de estresse, precisa ser redimensionado pela escola, como argumentaram alguns docentes, no sentido de diminuir algumas atividades que não seriam tarefas da professora/professor.

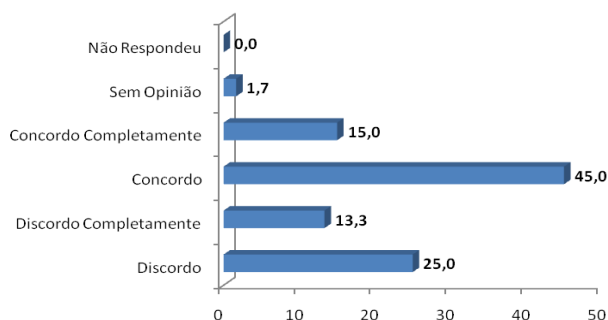


Figura 6 – Professores pelo ritmo de trabalho.

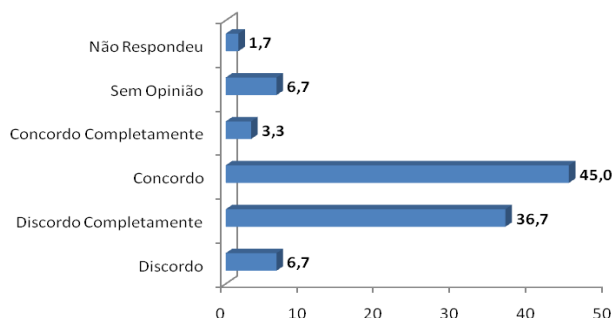


Figura 7 – Professores por todas as atividades desenvolvidas na escola.

Na questão das atividades desenvolvidas na escola pelos docentes (Figura 7), 36,7% declararam discordar completamente de que todas façam parte do papel do professor. Entre os que concordam com a afirmativa, encontra-se 45,0% dos pesquisados que no decorrer da pesquisa declararam que as diferentes atividades exercidas pelos docentes são consequências do desenvolvimento sócio-econômico e tecnológico no qual a escola encontra-se inserida. Desta maneira, o que deveria ser fator preocupante é a definição do real papel da escola, a formação, organização e condições de trabalho oferecidas aos docentes.

Em relação a participação docente na tomada de decisões dentro da escola (Figura 8), 56,7% declaram concordar com a afirmativa, evidenciando que embora a participação dentro do princípio da gestão democrática seja um elemento presente no trabalho pedagógico, este precisa ser repensado principalmente ao se considerar que as horas destinadas para reunião ou participação no conselho escolar não são consideradas para o calendário letivo, ficando então para o profissional a necessidade de organizar seu tempo, caso queira participar destes momentos.

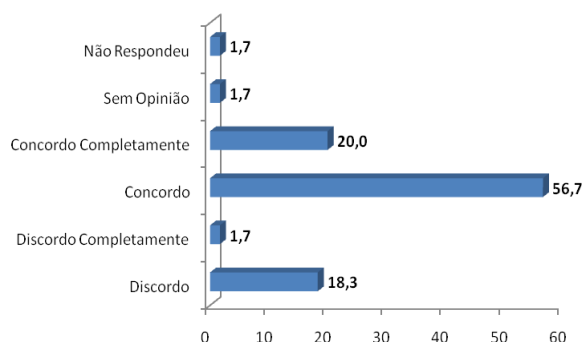


Figura 8 – Professores por tomadas de decisões na escola

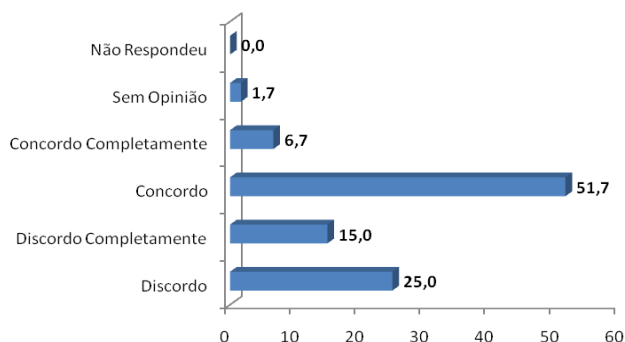


Figura 9 – Professores por trabalho pedagógico.

Na questão sobre o trabalho desenvolvido pela coordenação pedagógica com os docentes (Figura 9), 15,0% responderam que discordam completamente da afirmação de que ocorra a orientação e acompanhamento do trabalho pedagógico pela coordenação. Em conversa durante a pesquisa, os professores declararam que, na maioria das vezes, o trabalho da coordenação é de caráter mais burocrático, ficando as questões pedagógicas secundarizadas dentro do ambiente escolar. Outro fator importante diz respeito às relações de hierarquia que dificultam a interação necessária para o trabalho mais coletivo.

Em relação à participação da secretaria de educação na implementação de políticas públicas de valorização docente (Figura 10), 26,7% declararam discordar completamente da afirmação de que tais políticas são desenvolvidas por esta estrutura. A fala dos pesquisados durante o trabalho de pesquisa revelou um distanciamento muito significativo entre os docentes e a secretaria. Os professores e professoras argumentaram que não conhecem qualquer política de valorização, ao contrário, percebem uma intensificação do trabalho pedagógico sem, contudo, representar um maior empenho do poder público em relação principalmente às condições de trabalho.

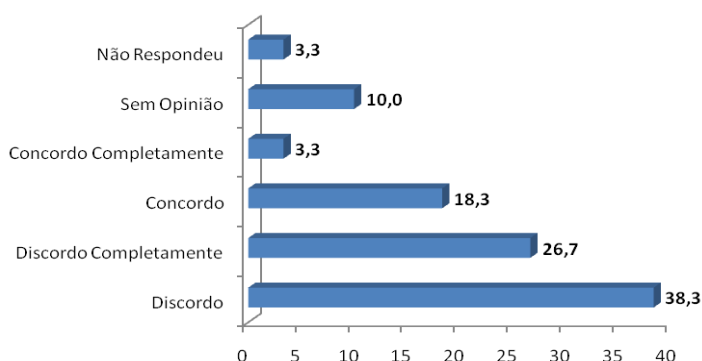


Figura 10– Professores por políticas de valorização.

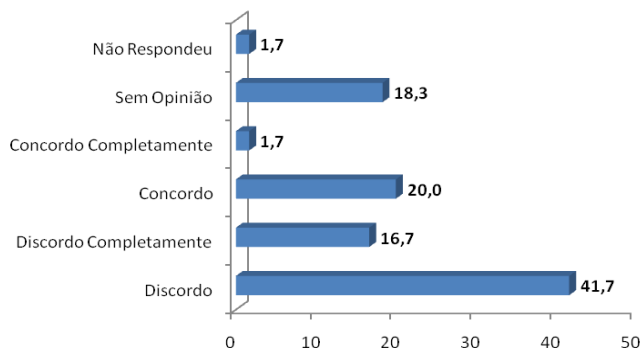


Figura 11 – Professores por trabalho do NAST.

Quanto a questão do trabalho desenvolvido pelo NAST, observou-se um percentual de 16,7 de pesquisados declarando discordar completamente do que fora afirmado e nas falas apresentadas a questão que se destacou foi a falta total de conhecimento do que venha a ser o núcleo e sua real função dentro da secretaria de educação (Figura 11).

Os dados apresentados através das entrevistas com a coordenação pedagógica revelaram que aspectos como organização, condições e valorização do docente são fundamentais para a relação trabalho e saúde. Condições de trabalho inadequadas estão relacionadas a processos de adoecimento e este influencia no desempenho profissional. Na escola, a relação entre trabalho, saúde e adoecimento é percebida pela coordenação como um problema de difícil encaminhamento, pois, em algumas situações as relações hierarquizadas afastam os profissionais entre si. Porém, a pesquisa revelou que quando são percebidas situações de adoecimento, a maioria dos entrevistados declarou preocupar-se em sensibilizar a comunidade escolar e reorganizar o trabalho no interior das escolas.

Quanto aos mecanismos de incentivo à participação docente na gestão democrática da escola, observou-se que as atividades pedagógicas, como planejamento, são as principais estratégias. Porém, existe um fator a ser problematizado que se trata do próprio tempo para a construção de espaços de participação dentro das escolas. O acompanhamento e orientação do trabalho pedagógico ocorrem, de acordo com os dados apresentados nas entrevistas, no desenvolvimento de ações de planejamento, participação no conselho escolar na aquisição e uso dos recursos.

Em relação aos recursos e infraestrutura, os dados revelaram que existem realidades diferentes no interior das escolas e de acordo com a maioria das entrevistas realizadas estes são aspectos inadequados ao desenvolvimento do trabalho pedagógico. Quanto às atividades desenvolvidas pelos docentes e sua adequação com a função deste profissional, as falas apontaram para a existência de um acúmulo de funções. Aliada a esta questão, observou-se, também, que a jornada de trabalho é inadequada, podendo transformar-se em um dos principais fatores de adoecimento, comprometendo uma práxis pedagógica com qualidade social dos docentes.

4. CONCLUSÃO

O adoecimento do trabalhador docente do ciclo básico I e II da escola pública foi o tema pesquisado neste estudo. A questão foi investigada considerando a fala dos docentes e da coordenação

pedagógica das escolas nas quais ocorreu a pesquisa, possibilitando analisar as representações sobre o trabalho docente e a saúde dos professores no seu espaço laboral chamado escola.

O perfil dos participantes da pesquisa, de acordo com os dados apresentados, revelou que a maioria é do sexo feminino, está acima de 41 anos e é especialista. Em relação ao tempo de exercício da docência, observou-se uma predominância entre os que declararam ter de 11 a 15 anos de trabalho e acima de 16 anos. Do universo pesquisado, a maioria declarou ser solteiro. Quanto à jornada trabalhada, a grande maioria trabalha com uma carga horária de 200 horas mensais. Os dados mostraram, também, que entre os pesquisados a maioria é efetiva, apresentando, também, um número significativo de prestadores de serviço.

A pesquisa revelou que o conceito de saúde apresentado pelos docentes compreende o equilíbrio entre as dimensões biopsicossocial do indivíduo, e sobre a relação entre trabalho e saúde, foi apontado que existe uma relação direta entre trabalho e saúde e que fatores como a organização e as condições de trabalho contribuem no processo de adoecimento dos professores e professoras. Em relação à infraestrutura apresentada pela escola, observou-se que esta não está adequada ao trabalho pedagógico, assim como os recursos disponíveis e sua contribuição positiva para o trabalho pedagógico. Na questão do espaço ao entorno da escola contribuir para o trabalho pedagógico, os dados mostraram que a maioria dos docentes não concorda que este seja positivo. Na afirmativa sobre a jornada de trabalho, observou-se que esta não é adequada às exigências atribuídas aos docentes. Em relação ao ritmo de trabalho ser um fator estressante, a maioria dos pesquisados concordou com esta proposição.

Observou-se a predominância de pesquisados que concordaram com a afirmativa de que todas as atividades desenvolvidas na escola fazem parte do trabalho docente, porém, o número de docentes que discordaram foi bastante significativo evidenciando que esta é uma questão polêmica no espaço escolar. Na questão da participação na definição e tomada de decisões sobre as atividades desenvolvidas na escola, a maioria concordou com o que foi afirmado, possibilitando então a formulação da seguinte questão: se os docentes estão definindo as atividades a serem desenvolvidas no trabalho pedagógico, por que apontam para o problema do acúmulo destas no exercício docente nos espaços escolares? Seria necessário, então, considerar que mecanismos de participação estão estabelecidos concretamente para a efetivação da gestão democrática. Quanto ao trabalho da Secretaria de Educação em realizar atividades para discutir, elaborar e implementar políticas de valorização do docente, observou-se que uma grande maioria respondeu discordar da afirmativa, apontando para uma ausência de políticas públicas nesta área no interior das escolas. A pesquisa apontou também que os docentes conhecem o trabalho desenvolvido pelo NAST apenas no seu caráter burocrático, não conhecendo ações mais pedagógicas de caráter preventivo em relação à saúde docente.

Considerando os resultados apresentados através da pesquisa realizada, algumas questões podem ser apontadas como eixos para a análise, elaboração e intervenções com o sentido de propiciar aos docentes o desenvolvimento do seu trabalho em contextos que assegurem a saúde e a qualidade de vida como elementos fundamentais ao exercício do trabalho docente. Um elemento central diz respeito à relação estabelecida entre trabalho e saúde ao se considerar que a organização e as condições de trabalho podem ser fatores de adoecimento, influenciando de forma direta na qualidade de ensino, na produtividade e, portanto, em todo o processo de ensino e aprendizagem. Desta maneira, tornou-se evidente a necessidade de se efetivar políticas públicas pela Secretaria de Educação e pelas escolas que envolvam a garantia da saúde dos docentes no seu ambiente de

trabalho. Medidas de caráter preventivo em relação às doenças ocupacionais precisam ser desenvolvidas como condição ao exercício do trabalho docente de forma mais saudável e prazerosa.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Dejours, C., & Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In C. Dejours (org.), *Psicopatologia do Trabalho*. (pp. 119-143). São Paulo: Atlas.
- (2) Aubert, M. (1993). *O conceito de qualidade de vida*. Florianópolis: Aposte.
- (3) Chanlat, J. F (1990). *O Indivíduo na organização. Dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas.
- (4) Dejours, C. (1987). *Trabalho: usura mental*. São Paulo: Oboré
- (5) Dejours, C. (1992). *A Loucura do trabalho*. São Paulo: Cortez.
- (6) Esteve, J. M. (1999). *O mal-estar docente: a sala-de-aula e a saúde dos professores*. Bauru, SP: EDUSC.
- (7) Laurell, N. (1989). *Qualidade de vida no trabalho*. Rio de Janeiro: Ibrasa.
- (8) Oliveira, D. A. (s.d.). *Profissão docente e gestão democrática da educação*. Consultado em julho, 2010, em <http://www.sinprominas.org.br/imagensDin/arquivos/363.doc>
- (9) Pagés, C. (1989). *Indivíduo, trabalho e sofrimento*. Petrópolis: Vozes.
- (10) Salm, C. A. (1991). *Educação e capital*. São Paulo: Cortez.
- (11) Sato, L. (2000). Saúde mental e trabalho para uma ação estratégica em saúde mental do trabalhador. In *Saúde dos(as) trabalhadores(as) em educação*. Caderno temático nº 16, Secretaria de Educação, Rio Grande do Sul, 6-12.
- (12) Wisner, A. (1987). *Por dentro do trabalho: ergonomia, método e técnica*. São Paulo: FTD.

O ESTUDANTE DE ENFERMAGEM EM ENSINO CLÍNICO: IMPLICAÇÕES A NÍVEL FISIOLÓGICO E PSICOLÓGICO.

CLINICAL TEACHING NURSING STUDENTS: PHYSIOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL IMPLICATIONS

Célia Mota ¹; Anabela Pereira ² & Paulo Queirós ³

¹ HUC Coimbra. motacmsr@gmail.com

² Universidade de Aveiro. anabelapereira@ua.pt

³ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. pauloq@esenfc.pt

RESUMO

Introdução: O Ensino Clínico como componente prática formativa da formação inicial em enfermagem constitui um importante momento formativo de aquisição e (trans)formação de saberes através do contacto precoce dos estudantes com o mundo profissional. Sendo um dos momentos estruturantes da formação inicial em enfermagem.

Estudos vários indicam que é indutor de stresse, com implicações na saúde e bem-estar do estudante. Importa realçar as implicações deste ao nível da sintomatologia com particular relevo para as alterações do IMC (índice de massa corporal).

Sendo um momento de adaptação para o estudante, este estudo pretendeu estudar as alterações do IMC e o averiguar da sua relação com a perceção do stresse e estado de saúde durante o primeiro EC.

Metodologia: o estudo desenvolveu-se segundo uma abordagem quantitativa descritiva, longitudinal correlacional, numa amostra de 171 estudantes da Escola Superior de Coimbra, no ano letivo 2010/2011. Com avaliação das variáveis – fisiológicas (peso, altura), stresse através da *Perceived Stress Scale* (PSS) adaptado por Mota Cardoso *et al.* 2002 e estado de saúde através da (C.H.Q) de Goldberg, 1981, adaptado por McIntyre Redondo em 1999. Esta avaliação foi feita em três momentos de EC, no início, à quinta semana e no final, na décima semana.

Conclusão: dos resultados esperados pretendeu-se evidenciar que estes alunos apresentam alterações do IMC, durante este ano, sendo igualmente verificado haver uma relação entre a perda de IMC e elevada perceção do stresse, e que a perceção do estado de saúde varia em relação ao IMC e aos níveis de stresse.

Palavras-chave: *modelo, formatação, congresso, comportamentos de saúde.*

ABSTRACT

Introduction: training practice component in nursing is a formative important moment of knowledge acquisition and (trans)formation through the students contact with the professional world, as an initial Clinical teaching. Is a structural moment of initial nursing training.

Several studies indicate that is a stress inducer, with health and welfare student implications. It should be noted the implications terms of symptoms, with particular regard to the changes in BMI (body mass index).

Being a time student evaluation, this study aimed changes study in BMI and determine relationship perception of stress and health status during the first CE.

Methodology: The longitudinal descriptive correlational quantitative study was carried out according a 171 sample students of Nursing School of Coimbra, in 2010/2011academic year. With evaluation of variables - physiological (weight, height), stress, through the Perceived Stress Scale (PSS) adapted by Mota Cardoso et al. 2002 and through the health (GHQ) of Goldberg, 1981, adapted by McIntyre and Redondo in 1999). This evaluation was performed three times in the EC at the beginning, the fifth and final week, the tenth week.

Conclusion: the expected results was intended to show students changes Presentation of BMI during this year, also founded a BMI loss of high stress perception relationship and the health status perception varies over BMI and levels of stress

Keywords: *clinical studies; BMI; stress; Health.*

1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história este fenómeno tem vindo a ser estudado, atualmente o conceito de stresse é caracterizado como uma resposta fisiológica e psicológica, como uma condição ambiental, sua potencial indutora e como um estímulo na transação/interação entre as exigências do meio, os recursos e as capacidades de respostas, resultantes da avaliação que o individuo faz acerca das exigências externas e dos recursos necessários para lidarem com elas (Mota-Cardoso; Araújo; Ramos; Gonçalves e Ramos 2000).

A mudança para o ensino superior tem sido contextualizada como um período crítico, na medida em que pode ser potencializadora de múltiplos desafios desenvolvimentais, de crises e obstáculos Ao confrontar o estudante com um ambiente de aprendizagem diferente, nomeadamente quanto ao tipo de relação pedagógica que se estabelece entre os professores e os estudantes, as formas de organização do ensino e da avaliação, implicando o aumento das exigências cognitivas (Araújo, Almeida e Paul, 2003).

Como resposta as novas exigências, nesta fase, os jovens terão de adquirir um conjunto de competências que lhes permita fazer uma integração e adaptação ao novo contexto de ensino que são concomitantes com o período de desenvolvimento psicológico, nomeadamente ao nível da construção da autonomia, da identidade, da competência e das relações interpessoais. Por outro lado, e no decurso deste período de formação e muito especificamente numa fase particular do ciclo de vida, que se processam as mudanças desenvolvimentais conducentes a transição do jovem para a vida adulta (Pereira, 2007).

De um modo geral, pode dizer-se que a transição e a mudança são fatores recorrentes na vida dos indivíduos, mas podem desencadear experiências stressantes, com potenciais efeitos adversos sobre a saúde física e psicológica (Barroso 2009; Costa e Leal, 2006). Como consequência, o estudante precisa de ajustar-se a todo um conjunto de alterações, e o apoio encontrado junto dos pares, da família, dos professores, parece ser fundamental para este processo, quer ele esteja deslocado quer no seio da sua residência habitual (Machado & Almeida, 2000).

O estudante de enfermagem passa, naturalmente, por estas mudanças e partilha do processo de adaptação ao ensino superior, tornado específico pelas particularidades inerentes ao processo de socialização e a enfermagem enquanto profissão que, pela sua natureza, viabiliza experiências que podem ser interpretadas como stressantes. O stress faz parte da vida dos estudantes de enfermagem, quer na componente teórica quer em ensino clínico, e pode ter consequências negativas para o seu bem-estar físico, socioafetivo e cognitivo (Almeida, 2006). Particularmente o ensino clínico é considerado como fonte de stress, pois as pressões dos professores, dos enfermeiros, dos pares e dos doentes são uma constante, com que o estudante tem que lidar (Frasquilho, 2005). É também no ensino clínico que as situações deixam de ser simuladas, para passar a haver uma relação efetiva com as situações reais (Valadas, 1995).

No entanto, como diz Costa (1995), as situações práticas, pela sua própria natureza, não induzem a uma aplicação direta e linear da teoria, havendo mesmo situações que pela incerteza, singularidade, instabilidade e conflito de valores, exigem um processo de deliberação e de interpretação. Figueiredo (1995) acrescenta que o mundo da prestação de cuidados de enfermagem é construído de situações em que não pode haver respostas certas nem procedimentos padrão e em que o domínio das teorias e das técnicas não nos dão garantia de competência profissional. A exigência a que estão submetidos torna-os mais vulneráveis, comprometendo o desenvolvimento harmonioso da aprendizagem e que o stress não controlado pode prejudicar e comprometer a qualidade de cuidados (Oliveira, 1998).

Assim, ao reconhecer a importância do problema do stress nos estudantes de enfermagem, no ensino clínico, permite-nos refletir acerca da ação pedagógica, e estruturado no conhecimento factual desta realidade sendo possível reduzir e minimizar as consequências negativas e aumentar a probabilidade dos potenciais benefícios, designadamente, no amadurecimento dos estudantes (Barroso 2009).

O ensino clínico é uma das grandes preocupações na formação dos enfermeiros pois surge como a primeira etapa da passagem do conhecimento académico ao conhecimento prático. É um momento de aprendizagem do saber, saber-fazer, saber ser e julgar dos resultados das ações didáticas e pedagógicas executadas em contexto de sala de aula.

A experiência profissional no contexto da supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico, fizeram crescer incertezas que nos motivaram para saber mais a respeito dos fatores que interferem no sucesso o ensino clínico, nomeadamente se o stress e o estado de saúde poderiam influenciar a alteração do IMC. Assim com este estudo pretendemos analisar se há variação do IMC, da percepção de Stress e estado de saúde dos estudantes de enfermagem no primeiro ensino clínico.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Participantes

O estudo teve como população-alvo todos os estudantes de enfermagem do 2º ano 4º semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, numa amostra de 161 estudantes, a realizar Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem, com duração de vinte semanas. Sendo repartido por dois momentos, de dez semanas em cada um. O nosso estudo incidiu no primeiro momento de Ensino Clínico, sendo o primeiro momento de contacto com a pessoa hospitalizada.

Os critérios de inclusão da amostra compreenderam a aceitação voluntária dos estudantes em participar no estudo, a frequência no ensino clínico pela primeira vez e o tempo de ensino clínico de dez semanas. Neste estudo a amostragem é não probabilística por conveniência, composta por 161 estudantes, dos 170 em ensino clínico, o que corresponde a uma percentagem de 93,56%. Nove estudantes foram excluídos por não se encontrarem no ensino clínico, no momento da avaliação. A amostra final envolveu 37 homens e 124 mulheres com idades compreendidas entre os 19 e 48 anos.

Por necessidade de estudo foram agrupadas as idades em três grupos. Os estudantes com idades compreendidas entre os 19 e 20 anos, correspondendo ao grupo mais numeroso (76,39%), seguindo-se os estudantes com idades compreendidas entre os 21-22 anos com (7,45%) e os de menor frequência aos dos estudantes entre os 23-49 anos (7,45%).

No que concerne ao Estado Civil, a maioria dos estudantes é solteiro 96,27% e só 3,72% é casado. Dos casados 2,48% são do sexo masculino e 1,24% são do sexo feminino.

Instrumentos de recolha de informação

Sendo o estudo de natureza quantitativo, os instrumentos utilizados foram os seguintes: questionário sociodemográfico constituído para o presente estudo; *Perceived Stress Scale* (PSS), elaborada por Cohen, Kamarck e Mermelstein em 1983, para a avaliação do stresse sendo avaliada para a população portuguesa por Mota-Cardoso *et al.* em 2002; *General Health Questionnaire* (GHQ-12) - Medidas de Saúde de Goldberg (1981), versão Português adotada por McIntyre, McIntyre e Redondo, (1999), Balança digital e a Fita métrica.

Questionário sociodemográfico: composto por 14 questões (fechadas) que nos permite identificar as características sociodemográficas e situacionais. *Perceived Stress Scale* (PSS): elaborado por Cohen, Kamarck e Mermelstein em 1983, para a valiação do stresse sendo avaliada para a população portuguesa por Mota-Cardoso *et al* em 2002. São autores da versão portuguesa o Instituto de Prevenção do Stresse e Saúde Ocupacional (IPSSO; Mota Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves & Ramos, 2002). É um instrumento de autorresposta destinado a medir o grau em que as situações de vida da pessoa são percecionadas como indutoras de stresse ou, por outras palavras, destinado a quantificar o nível de stresse que cada indivíduo experimenta subjetivamente, num determinado. Foi utilizada a versão de 10 itens, cada pergunta tem cinco possibilidades de resposta: “0” nunca; “1” quase nunca; “2” às vezes; “3” com alguma frequência; “4” com muita frequência. Relativamente à fidelidade no estudo realizado por Mota-Cardoso *et al.* (2002) apresentou uma consistência interna com valor de *alpha* de *Cronbach* de 0,86, com 10 itens.

General Health Questionnaire (GHQ-12; Goldberg (1981): versão Portuguesa adotada por McIntyre, McIntyre e Redondo, (1999), é uma versão reduzida da original com resposta tipo *Likert* de quatro categorias (exemplo: “melhor que o habitualmente”, “como habitualmente”, “menos do que habitualmente” ou “muito menos do que habitualmente”). Quanto maior a cotação pior a saúde em geral.

Esta versão reduzida é válida e fidedigna, em que os itens selecionados contribuem de forma significativa para a análise fatorial excluindo os sintomas de doença física. Cada um dos 12 itens averigua como se tem sentido e como tem sido a saúde, nas últimas semanas.

Balança digital Silvercrest e fita métrica: através da avaliação do peso e da altura é nos permitido obter o índice de massa Corporal (IMC)

Procedimentos

Após autorizações do Conselho Diretivo foram realizadas várias reuniões preparatórias sobre o tema, objetivos e respetiva metodologia da investigação, bem como a calendarização para o preenchimento dos questionários e avaliação do peso e altura.

A seleção da amostra foi intencional sendo a mesma constituída por estudantes de Licenciatura de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, do 2º ano do 1º bloco que estavam inscritos no primeiro dia do Ensino Clínico Fundamentos de Enfermagem 4º semestre.

Após a aceitação de inclusão na pesquisa os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A recolha de dados foi realizada exclusivamente pela autora em três momentos do decurso do EC: primeira semana de 28 de fevereiro a 3 de março, na quinta semana de 4 a 7 de abril e na décima semana 9 a 12 de maio de 2011. Estas três avaliações foram sempre com os mesmos estudantes no total de 161, distribuídos por 32 serviços.

Os estudantes encontravam-se a realizar o EC no Centro Hospitalar de Coimbra, (Hospital Geral) e nos Hospitais da Universidade de Coimbra (Bloco central e Celas). No Hospital Geral, estavam distribuídos nos serviços de: Cardiologia, Cirurgia Homens, Cirurgia Mulheres, Gastroenterologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia A e Urologia. Nos Hospitais da Universidade de Coimbra, bloco central, nos serviços de: Cardiologia A e B, Cirurgia I Mulheres, Cirurgia II e III Homens, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Endocrinologia; Gastroenterologia Homens e Mulheres, Medicina A,B,C e D, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia A, B e C, Oftalmologia, em Celas, Cirurgia Maxilo-Facial.

Procedimento estatístico das informações recolhidas: após a sua colheita as informações foram lançadas numa base de dados informatizada, recorrendo ao programa de tratamento de dados estatísticos SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 17.0 de 2010. Foram feitas estatísticas descritivas inferenciais.

Princípios éticos: o protocolo de questionários foi aplicado livre e conscientemente, sem práticas de coação física, psíquica, moral ou enganosas, impeditivas de livre manifestação da vontade pessoal dos estudantes que aderiram ao estudo, os quais foram informados dos objetivos, procedimentos, instrumentos que seriam usados. Efetuou-se também a descrição de possíveis benefícios, riscos e desconfortos. Asseguramos a garantia de esclarecimento e a confidencialidade, mantendo-nos presente e elucidámos a opção de voluntariedade e liberdade na participação no estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização sociodemográfica

A amostra global de 161 estudantes é composta por 124 estudantes do sexo feminino e 37 do sexo masculino, sendo a representação das estudantes (77%) da totalidade da amostra, muito superior à dos estudantes (23%). Este facto poder-se-á explicar porque a profissão de enfermagem é maioritariamente feminina.

A média de idades do sexo feminino é de 20,81 anos, a idade máxima é de 48 anos e mínima é de 19 anos. No sexo masculino a média é de 20,19 anos, a idade máxima é de 32 anos e a idade mínima é de 19 anos.

No que concerne à área de residência habitual foram considerados os locais agrupados em cinco regiões, Norte, Centro, Sul, Açores e Madeira, segundo a divisão administrativa de Portugal. Poder-se-á dizer que a maioria dos estudantes é oriunda da zona centro (78,88%), sendo a zona sul com menor percentagem (4,34%). Ao nível do local de residência durante o EC é Coimbra (87,57%) o preferido pelos estudantes seguido por Cantanhede 4,32% e Miranda do Corvo 3,10%. Açores e Madeira não foram referenciados como área de residência.

No que concerne ao local de residência durante o EC o Local de residência preferido pelos estudantes durante o EC foi Coimbra, 87,57% seguido de Cantanhede 4,32%, Miranda do Corvo 3,10% e Montemor Velho 1,86%, Soure (1,24%) e Aveiro (0,62%).

Relativamente à Coabitação os dados indicaram que durante o EC, 38,50% da amostra vive com a família, sendo que a percentagem, com significado estatístico é maior nas mulheres 29,81%. Salienta-se ainda, que 34,75% vive com amigos, e uma minoria vive só no quarto 26,70%.

Caracterização dos estilos de vida

Hábitos alimentares: Quando é perguntado se toma o pequeno-almoço em casa 88,81% respondeu que sim e 11,18% respondeu que não, a maioria dos estudantes almoça na cantina 90,06%, em casa só 6,25% e no bar 3,72%, no jardim não é referenciado este local para almoço.

Em relação à prática de atividade física (75,77%) afirma que não pratica e uma minoria diz que sim (24,22%). Dos que refere que sim 14,90% são do sexo feminino e 9,31% do masculino.

Meio de transporte que utiliza para se deslocar para o EC: A maioria dos estudantes utiliza o transporte público para se deslocar (47,20%), sendo maioritariamente as estudantes (53,22%), a pé vão (29,81%) e de carro (22,98%), maioritariamente as raparigas (24,10%).

Em síntese e no que diz respeito à caracterização sociodemográfica os dados são semelhantes a estudos realizados na área do ano de estágio no Ensino Clínico, cujas características interferem no desempenho do estágio. A falta de tempo para se dedicar à prática clínica é influenciado negativamente pelo tempo gasto nas deslocações entre o local da residência e o local de trabalho (Paiva, 2008; Paulino 2007).

IMC durante o ensino clínico

Para o cálculo do IMC, teve-se em conta os valores de referência da CDC 2000.

Segundo OMS, o IMC ou índice do Quetelet constitui o método mais utilizado para avaliar o estado nutricional dos estudantes. É obtido pelo quociente do peso em quilogramas pelo quadrado da estatura em metros. De acordo com o referencial da OMS considera-se. Baixo peso IMC menor que 18,5 Kg/m²; variação normal 18,5 – 24,9 Kg/m²; Pré-obesidade 25,0 – 29,9 kg/m² e obesidade classe I 30,0 – 34,9 Kg/m²; classe II 35,00 – 39,9 Kg/m²; classe II maior ou igual a 40 Kg/m². Assim a altura mínima e máxima manteve-se ao longo do EC foi de 139.00 cm e a máxima foi de 185.00 cm. Em relação ao género o sexo feminino tem 139,00 cm de altura mínima e 178,00 cm de altura máxima. O sexo masculino tem uma altura mínima de 156,00 cm e de máxima 185.00 cm. A altura média dos estudantes é de 165,00 cm. O peso variou ao longo do EC, passamos a mostrar essa variação.

No primeiro momento (início do EC): o primeiro momento refere-se ao início do EC, os estudantes foram pesados e medidos. Assim o peso mínimo dos estudantes do sexo masculino foi de 48,90 Kg e o máximo de 140,90 Kg, com uma média de 73,58 Kg e com um desvio padrão de 17,35. Quanto ao

sexo feminino, apresentam um peso inferior ao do sexo masculino, tendo como mínimo 43,80 Kg, máximo de 92,10 Kg com uma média de 58,87 Kg e um desvio padrão de 9,469. A média do IMC no sexo masculino (24,26) é superior ao do sexo feminino (22,24).

Os rapazes apresentam um mínimo de IMC de 18,26 e um máximo de 41,17. As raparigas apresentam um mínimo de IMC de 17,02 e um máximo de 34,24.

Tabela 1 – Altura, peso e IMC no primeiro momento do EC, segundo o género

Género Altura Peso	Nº	Mínimo	Máximo	Média	Dp
Masculino					
Altura1	37	156,00	185,00	173,48	7,98
Peso1		48,90	140,90	73,58	17,35
IMC1		18,26	41,17	24,26	4,37
Feminino					
Altura1	124	139,00	178,00	162,60	6,51
Peso1		43,80	92,10	58,87	9,46
IMC1		17,02	34,24	22,24	3,18

No segundo moment (durante o EC- 5 semana): constatou-se que a altura se mantinha e o que variou foi o peso. No sexo masculino o mínimo do peso foi de 48,50 Kg e o máximo 139,00 Kg, sendo uma média de 24,21. Em relação ao sexo feminino o menor peso é de 43,90 Kg e o máximo de peso é de 89,20 kg a média é de 58,64 Kg. O IMC mínimo do sexo masculino foi de 18,51, o máximo de 40,00 e a média de 24,21. Em relação ao sexo feminino o IMC mínimo foi de 17,24, o máximo de 33,16 e a média de 22,16.

Tabela 2 – Altura, peso e IMC no segundo momento de EC, pelo género

Género Altura Peso	Nº	Mínimo	Máximo	Média	Dp
Masculino					
Altura2	37	156,00	185,00	173,37	8,11
Peso2		48,50	139,00	73,33	16,98
IMC2		18,51	40,00	24,21	4,27
Feminino					
Altura2	124	139,00	178,00	162,60	6,51
Peso2		43,90	89,20	58,64	9,39
IMC2		17,24	33,16	22,16	3,16

No terceiro momento (no final do EC, 10 semana): esta avaliação foi realizada na última semana de EC. A nível do sexo masculino, apresentou um peso mínimo de 47,00 Kg e um máximo de 136,90 Kg tendo como média 72,76 Kg. O IMC mínimo do sexo masculino foi de 18,70, o máximo de 40,00 e a média de 23,98. Em relação ao sexo feminino o peso mínimo foi de 44,00 Kg, o máximo de 90,60 Kg e a média de 58,43 Kg. O IMC mínimo foi de 17,49, o máximo de 31,90 e a média de 22,08.

Tabela 3 – Altura, peso e IMC terceiro momento de EC, segundo o género

Género	Nº	Mínimo	Máximo	Média	Dp
Altura					
Peso					
Masculino	37				
Altura3		156,00	185,00	173,48	7,98
Peso3		47,00	136,90	72,76	17,00
IMC3		18,70	40,00	23,98	4,23
Feminino	124				
Altura3		139,00	178,00	162,60	6,51
Peso3		44,00	90,60	58,43	9,44
IMC3		17,49	31,90	22,08	3,16

Em síntese verificou-se variação de peso durante o ano de estágio com redução do IMC no terceiro momento. Estes dados poderão ser explicados pela sobrecarga de trabalho tal como tem sido referenciado em estudos anteriores, em contexto português (Dias, Geada, Neves & Justo 2001; Francisco, 2006; Machado & Almeida 2000; Valadas, 1995).

Avaliação da Perceção do Stress (PSS)

Foi utilizada a versão de 10 itens unifactorial e por indicação do autor os itens 4,5,12 e13 foram anulados, bem como os itens 6,7 e 10 invertidos.

No primeiro momento (início do EC): verificamos que os estudantes do sexo masculino obtiveram, na escala de stresse (que varia entre 0 e 40), valores compreendidos entre 0 e 35, sendo a média com mais stresse no item 9 (No último mês, com que frequência teve a sensação de conseguir controlar os acontecimentos irritantes da sua vida?) (2,35).

No segundo momento (durante o EC, na 5 semana): verificámos que os estudantes do sexo masculino obtiveram, na escala de stresse (que varia entre 0 e 40), valores compreendidos entre 0 e 38, sendo a média com mais stresse no item 9 (2,35). Num total da média de 18,38. Nos estudantes do sexo feminino podemos verificar que obtiveram, na escala de stresse (que varia entre 0 e 40), valores compreendidos entre 0 e 39, sendo a média com mais stresse no item 3 (2,73) e com menor stresse no item 6 (1,43). Num total da média de 20,61.

No terceiro momento (no final do EC, na 10 semana): verificamos que os estudantes do sexo masculino obtiveram, na escala de stresse (que varia entre 0 e 40), valores compreendidos entre 0 e 38, sendo a média com mais stresse no item 9 (2,46). Num total da média de 17,73. Nos estudantes do sexo feminino verificamos que obtiveram, na escala de stresse que varia entre 0 (menor nível de stresse) e 40 (maior nível de stresse), valores compreendidos entre 0 e 39 sendo a média com maior nível de stresse no item 3 (2,40) e com menor nível de stresse no item 6 (1,58). Num total da média de nível de stresse de 18,38.

Tabela 4 – Estatística descritiva e consistência interna da Escala PSS, para os três momentos no total da amostra

Estatística descritiva	N	1º Momento	2º Momento	3º Momento	Total
Mínimo	161	10	11	9	30
Máximo	161	31	32	32	65
Média	161	21,99	22,09	21,26	Média 21,78
Desvio Padrão	161	3,83	4,13	4,14	
Alpha Cronbach	161	0,73	0,78	0,75	

No que concerne à estatística descritiva da escala PSS para os três momentos, verifica-se que em média os estudantes apresentavam no primeiro momento maior stresse (21,99), que no segundo momento (22,09) e no terceiro momento o stresse diminuiu substancialmente (21,22).

Estes dados corroboram estudos feitos acerca da alteração dos estilos de vida (Loureiro, 2006), aumento dos níveis de stress (Almeida, 2006; Paiva, 2008) associadas à identidade do género (Carvalho, 2003) e identidade da profissão (Dubar, 1997) durante o ano de ensino clínico.

Avaliação Geral da Saúde (GHQ): Em termos de validade, corroboramos a solução unifatorial explicando 30,37% da variância total. Porque consideramos que os itens que o constituem são generalistas da dimensão do bem-estar da saúde mental, onde predominam vários itens que descrevem os sintomas depressivos e outros do bem-estar. Fizemos uma análise com rotação varimax e após, várias tentativas da análise fatorial livre, chegamos à conclusão que a escala é unidimensional. Sendo que a primeira rotação livre com três fatores explicava 54,63%, a segunda com rotação varimax de dois fatores explicava 44,74% e a um fator explicava 30,37% da variância explicada. Tendo em consideração que a estrutura melhor organizada, robusta e consistente e em concordância com o quadro teórico optámos pela solução unifatorial.

No estudo da fiabilidade o valor do alpha de Cronbach para a mostra no primeiro momento foi de 0,76, no segundo momento foi de 0,66 e no terceiro momento foi de 0,72 o que, de acordo com Pestana e Gameiro (2005), atesta uma boa consistência interna. O item 2 no primeiro momento apresentou um maior alpha de Cronbach (0,77) e o 9 o menor (0,71), no segundo e terceiro momento o maior alpha foi no item 1, com 0,73 e 0,77 respetivamente. E o menor foi no item 10. Neste estudo observou-se que todos os itens da escala se correlacionaram positivamente com o seu score global com valores superiores a 0,25.

Ao observarmos os resultados da tabela 5 sobre a escala de GHQ, constata-se que o mínimo do primeiro momento é 16, no segundo e terceiro momento é igual 17 para ambos. O valor máximo dos itens no primeiro momento é 42, no segundo é de 40 e no terceiro é de 42, a média aumenta ao longo do EC de 26,91, 27,02 e 27,26. O *Alpha Cronbach* varia de 0,76 no primeiro momento, de 0,66 no segundo e 0,72 para o terceiro momento.

Analisando os resultados, podemos verificar que no total da amostra obtivemos, na escala de estado de saúde (GHQ) que varia entre 12 (maior estado de saúde) e 48 (menor estado de saúde), valores de média, compreendidos entre 1 e 40 sendo a média com maior estado de saúde no item 3 no primeiro (1,83) e no segundo (1,81) momento e no terceiro momento no item 10 (1,98). Com menor estado de saúde a média recai para o item 5 nos três momentos, 2,96, 2,96 e 2,58 respetivamente.

Num total global da média de estado de saúde para os três momentos: primeiro momento é de 26,91; segundo momento é de 27,03; terceiro momento é de 27,25.

Tabela 5 – Estatística descritiva e consistência interna da Escala GHQ, para os três momentos no total da amostra.

<i>Estatística descritiva</i>	<i>N</i>	<i>1º Momento</i>	<i>2º Momento</i>	<i>3º Momento</i>
<i>Mínimo</i>	161	16	17	17
<i>Máximo</i>	161	42	40	42
<i>Média</i>	161	26,91	27,02	27,26
<i>Desvio Padrão</i>	161	4,95	4,49	4,58
<i>Alpha Cronbach</i>	161	0,76	0,66	0,72

No que concerne à estatística descritiva da escala GHQ para os três momentos, verifica-se que em média os estudantes apresentavam no primeiro momento razoável estado de saúde (26,91), que no segundo momento (27,02) e no terceiro momento (27,26).

Ao observarmos os resultados da tabela 5 sobre a escala de GHQ, constata-se que o mínimo do primeiro momento é 16, no segundo e terceiro momento é igual 17 para ambos. O valor máximo dos itens no primeiro momento é 42, no segundo é de 40 e no terceiro é de 42, a média aumenta ao longo do EC de 26,91, 27,02 e 27,26. O *alpha Cronbach* varia de 0,76 no primeiro momento, de 0,66 no segundo e 0,72 para o terceiro momento.

No primeiro momento (início do EC): podemos verificar que os estudantes do sexo masculino obtiveram, na escala de estado de saúde valores de médias para cada item, compreendidos entre 1,78 e 3,08, sendo a média com melhor saúde no item 3 (1,78) e com menor saúde no item 5 (3,08). Num total da média de 13,74. Quanto ao sexo feminino constatamos que a média dos itens da escala do estado de saúde varia entre 1,84 e 2,96, sendo a média de melhor saúde o item 3 e o de pior saúde o item 10. Num total das médias dos itens de 13,89.

No segundo momento (durante EC, na 5 semana): os resultados indicam que os estudantes do sexo masculino obtiveram, na escala de estado de saúde valores de médias para cada item, compreendidos entre 1,78 e 3,08, sendo a média com melhor saúde no item 3 (1,78) e com menor saúde no item 5 (3,08). Num total da média de 13,74. Quanto ao sexo feminino constatamos que a média dos itens da escala do estado de saúde varia entre 1,84 e 2,96, sendo a média de melhor saúde o item 3 e o de pior saúde o item 10. Num total das médias dos itens de 13,89.

No terceiro momento (no final do EC, na 10 semana): os estudantes do sexo masculino obtiveram, na escala de estado de saúde valores de médias para cada item, compreendidos entre 1,73 e 2,62, sendo a média com melhor saúde no item 1 e com menor saúde no item 10. Num total da média de 26,23.

Quanto ao sexo feminino constatamos que a média dos itens da escala do estado de saúde varia entre 2,06 e 2,62 sendo a média de melhor saúde o item 7 e o de pior saúde o item 5. Num total das médias dos itens de 27,17.

Em síntese e no que concerne à percepção do estado geral de saúde, estes dados vêm confirmar os estudos realizados por Paiva (2008) e Pires *et al.* (2007) de que no ano de estágio clínico se verificam alterações no estado de saúde com impacto negativo na saúde física e mental do indivíduo. Estes dados vêm corroborar a necessidade de ser repensada a formação dos alunos durante o ano de estágio, para que neste momento de aprendizagem ativa e de desenvolvimento de competências profissionais possam também ser contemplados aspectos ligados à saúde geral do indivíduo, tal como tem sido alertado por alguns investigadores nesta área (Almeida, 2006, Francisco, 2006).

4. CONCLUSÃO

Este trabalho de natureza exploratória tem vindo a ser considerado de extrema importância, não só porque nos permite melhor compreender os fatores indutores de *stress* durante o estágio clínico, bem como perceber quais as consequências que este ano poderá trazer ao nível da saúde geral do aluno e em particular ao nível do índice de massa corporal. Das principais conclusões que emergem deste estudo, nomeadamente o aumento da percepção do *stress* e a perda do índice de massa corporal e alterações ao nível da percepção da diminuição do estado de saúde durante o ensino clínico, torna-se imperioso refletir sobre estes dados bem como sugerir possíveis alterações ao nível da estrutura e ensino deste ano de estágio. Tais evidências deverão ser lidas com alguma precaução,

não só devido à natureza exploratória do estudo, como a presente investigação ter sido contextualizada apenas numa escola de formação, pelo que se torna necessário continuar o desenvolvimento e aprofundamento deste estudo, alargando-o também a outras escolas do país. Contudo, poderemos dizer que tal estudo permitiu contribuir de uma forma ética e metodologicamente correta, para a construção do conhecimento científico nesta área específica do ensino clínico.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Almeida, T. (2006). *Contributo da supervisão na gestão do stress em alunos em ensino clínico*. Dissertação de mestrado em Supervisão não publicada. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- (2) Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos. Perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência.
- (3) Costa, E. S., e Leal, I. P. (2006). *Estratégias de coping em estudantes do ensino superior*. *Análise Psicológica*, 24 (2), 189-199.
- (4) Costa, M. A. S. M. (1995). *Formação prática dos enfermeiros. Enfermagem*, 6, (p.6-16).
- (5) Coulon, A. (2005). *Le métier d'étudiant*. Paris: Economica Anthropolos.
- (6) Dias, M; Geada, M.; Neves A.; Justo, J. (2001). Comportamentos de saúde em estudantes que frequentam licenciaturas no âmbito das ciências da saúde. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3 (2), 207-209.
- (7) Dubar, C. (1997). *A Socialização: Construção das identidades sociais e profissionais*, Porto: Porto Editora.
- (8) Francisco, M. C. (2006). *Estágio de Pedagogia na Formação Inicial de Professores: um Problema para a saúde*. Tese de Doutoramento em Ciências de Educação. Universidade de Aveiro.
- (9) Frasquilho, M. A. (2005). Medicina, médicos e pessoas: Compreender o stress para prevenir o burnout. *Acta Médica Portuguesa*, 18,443-444.
- (10) Loureiro, E. M. F. (2006). *Estudo da Relação Entre o Stress e os Estilos de Vida nos Estudantes de Medicina*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Universidade do Minho.
- (11) Machado, C., e Almeida, L. (2000). *Vivências académicas: Análise diferencial em estudantes dos 1º e 4º anos do ensino superior*. In J. Tavares & R. A. Santiago (orgs.), *Ensino superior: (In)sucesso académico* (pp. 133-145). Porto: Porto Editora.
- (12) Mota-Cardoso; Araújo; Ramos; Gonçalves e Ramos (2002). *O stress nos Professores Portugueses* estudo IPSSO 2000. Caramulo, Portugal, Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional.
- (13) Oliveira, C. M. S. (1998). *O stress e coping: E a formação em enfermagem?* *Servir*, 46 (6), 288-296.
- (14) Pais-Ribeiro, J. L. ; Antunes, S. (2003). Contribuição para o Estado de Adaptação do Questionário de Saúde Geral de 28 itens. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5 (1).
- (15) Paiva, L. A. R. (2008). *Supervisão em ensino clínico de enfermagem. O stress dos tutores e o apoio percebido pelos estudantes*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade de Aveiro

- (16) Paulino, M. N. S. (2007). Vivências e percepções do estágio nos estudantes de enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 16, 24-31.
- (17) Pereira, A. (2007). As crises de vida do jovem adulto e o seu desenvolvimento pessoal. In P. Santos (Org), *Temas Candentes em Psicologia do Desenvolvimento*. Lisboa: Climepsi editores (pp. 141-153).
- (18) Pereira, A., Monteiro, S., Santos, L., Vagos, P. (2007). O stress do estudante: identificar, treinar e otimizar. *Psicologia e Educação*. VI (1), 55-61.
- (19) Pereira, M. A. G. (1996). *Percepção da relação professor aluno na prática clínica de enfermagem: Comunicação e assertividade*. Dissertacao de mestrado não-publicada. Instituto de Ciências Biomedicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- (20) Pires, R. M., Morais, E. J., Santos, M. R. S., Kock, M. C., Sardo, M. D., & Machado, P. A. P. (2007).Supervisão clinica de alunos de enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 54, 15-17.

O PROCESSO DE INTERAÇÃO ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA E AS FAMÍLIAS NUM CONTEXTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA COMUNIDADE: O CASO “UM ALUNO, UMA FAMÍLIA” NA UNIVERSIDADE LÚRIO (NAMPULA, MOÇAMBIQUE)

THE INTERACTION PROCESS BETWEEN MEDICAL STUDENTS AND FAMILIES IN A CONTEXT OF COMMUNITY HEALTH PROMOTION: THE CASE “ONE STUDENT, ONE FAMILY” AT LÚRIO UNIVERSITY (NAMPULA, MOZAMBIQUE)

Gaudêncio Monteiro,¹ Lars-Christer Hyden,² & Jorge Bonito³

¹ Delegation of Mozambique of Food and Agriculture Organization of the United Nations / gaudenciom@gmail.com

² Institutionen för Medicin och Hälsa of Linköpings Universitet, Svenska / lars-christer.hyden@liu.se

³ School of Social Sciences of Évora University, Portugal. Center for Research in Education and Psychology of Évora University, Portugal. Center for Research Didactic and Technology in Training of Trainers of Aveiro University, Portugal / jbonito@uevora.pt

RESUMO

O estudo pretendeu abordar as principais características de comunicação utilizadas pelos alunos da Universidade Lúrio (Nampula, Moçambique) no processo de promoção de saúde da família no âmbito do projeto "um estudante, uma família". São realizadas reflexões sobre comunicação interpessoal, com base na análise da linguagem verbal e não verbal e na relação/interação entre estudantes de medicina e família durante a conversa. Pretende-se analisar o processo de interação para a promoção da saúde da família para mudar hábitos de saúde das comunidades abrangidas pela saúde pública do programa de UNILÚRIO chamado de "um aluno, uma família". Trata-se de um estudo qualitativo exploratório com observação de gravação de vídeo durante as reuniões entre o estudante de medicina e a família. Para análise dos dados foi usada análise de conversação. Na pesquisa, foi utilizada como cenário a comunidade Muatala onde o projeto Unilúrio ocorreu. As famílias são compostas por vários membros que vivem na mesma casa. Trabalhámos com 10 estudantes de medicina que frequentavam os diferentes cursos e semestres. A partir dos resultados encontrados é necessário destacar a relevância que o estudante de medicina e o meio ambiente exercem na sua interação com as famílias visitadas. Ficou bastante claro que existe uma insegurança para o aluno sobre o que ele vai falar no encontro com as famílias. De uma forma pacífica, os alunos aceitam os seus erros. Como resultado, pode concluiu-se que vale a pena olhar para a necessidade de desenvolver um trabalho que pode fazer os alunos estar cientes da importância que tem uma comunicação eficaz no processo de interação entre os alunos e as famílias do bairro Muatala.

Palavras-chave: *processo de interação, estudantes e famílias, promoção da saúde na comunidade.*

ABSTRACT

This work aims to address the main features of communication used by students from Lúrio University (Nampula, Mozambique) in the family health promotion process under the project "one student, one family". Therefore, reflections on interpersonal communication were made, based on the analysis of verbal and nonverbal language, and the relationship/interaction between medical student and family during their conversation. This is a qualitative exploratory study using observation by video recording during the meetings between medical student and family. For data analysis, conversation analysis was used. For the research, we used as scenario, the Muatala community where the Unilúrio project took place, and the families are composed of several members living in the same house. And therefore, we worked with 10 medical students who attend different courses and different semester. From the results found it is necessary to highlight the relevance that medicine student and the environment exert in their interaction to the visited families; It was clear enough that there is an insecurity for the student of what he is going to speak in the meeting. It has been in a pacific way he sits down each one accept his mistakes. As a result of that it was concluded that it is worth noting to look at the necessity of developing a work that can make the students be aware of the importance that an effective communication has in the process of interaction between students and the households of Muatala quarter.

Keywords: *Interaction process, students and families, promoting community health.*

1. THE PURPOSE AND THE SCOPE OF THIS STUDY

Nowadays, communication among future health professionals, especially medical students, is increasingly a component to be recovered by the educational institutions of health sciences. Some authors link the skills of communication as an indispensable tool for medical practice, since, for example one of the aspects of dissatisfaction amongst patients is often related to communication skills in the performance of health professionals.

According to the curricula of medicine in Mozambique, there is a tendency for the formation of a general practitioner, humanistic, critical and reflective, able to act, based on ethical principles, in the process of health and illness at different levels attention to promotion, prevention, recovery and rehabilitation of health from the perspective of comprehensive care. However, among the specific skills, not the prioress of the student need to learn to communicate properly with future co-workers, patients and their families, informing them and educating them through appropriate techniques. The query that I carry out with the Mozambican universities found that does not exist any education literature on teaching and learning "communication" in undergraduate courses in medicine.

Assuming that communication is a skill that can and must be earned in the process of medical education the teaching of communication in the training of medical students can develop understanding of the communication process goes beyond words and has direct and profound consequences on the effectiveness of the medical act, interpreting it with the aid of verbal language. In this sense, the training of medical students should be accompanied by a training system for developing communication skills among students and the future patient. According to some literature, this activity can provide an excellent training for students to identify and reflect on the specifics of the relationship with patients. In the context of training a medical student with skills to

interact with the patient, the Faculty of Medicine, University of Lúrio, introduced the program "one student, one family", aiming to promote family health and community Muatata.

In regions such as the Muatata, where on one hand, we have a community with low literacy levels and difficulties in expressing themselves and the Portuguese on the other hand we have students interacting with communities. Given this framework of interaction between medical students and the families of Muatata we are faced with some issues. a) In what context the interaction process between medical students and the families of Muatata community is established? b) What are the stages of interaction and how they are characterized?; c) In what extent gender is a relevant issue in the context of health interaction between medical student and family?; d) What are the effects of interaction between health student and families, who come from different culture background, in use on the process of communication?; e) Do the members of family contribute and suggest new topics?; f) On the topic of interaction management, who talks more, is medical student, mother, father, sister, brother?

The field research took place at the Medical Science College at Lúrio University in Mozambique, specifically in the city of Nampula. According to the Mozambican national household survey in 1996-1997, it is estimated, in Mozambique, that only about 50% of the population have access to basic health services and some of them live more than 10 km away from a health facility. The services are rendered more accessible by traditional doctors who are at an average distance of 15 km away from rural families. Doctors can on average be found 46 km away and a health center at 19 km. Thus, traditional healers treat 94% of the population in the villages, nurses treat 17%, midwives 20% and doctors only 2% (Newman, Gloyd, Nyangezi, Machobo & Muiser, 1998).

Mozambique has an epidemiological profile that is typical of diseases of developing country, with significant levels of child malnutrition and high prevalence of infectious diseases (malaria, tuberculosis, AIDS); paralleled by the emergence of other problems that are associated with a developing economy, particularly traffic accidents specifically in areas of rapid urbanization. These problems of poverty exacerbated by natural causes, Mozambique have been affected by disasters such as famine and floods (Moore et al., 2003).

Currently, Mozambique's health system has a mixed economy, with actors in the public and private sector and some institutions that are a combination of both. Recently there is a tendency to institute a third sector in the Mozambican Health System, since the government recognizes the role of the sector of traditional medicine and of agents of the Community level health (Moore et al., 2003).

In Mozambique medical students are trained in three colleges: Firstly, in Maputo, that is a public sector institution, the College of Medicine, University Eduardo Mondlane, and secondly Beira, the School of Medicine in Beira that is a private institution integrated at the Catholic University and thirdly in Nampula, the public school of the University of Lúrio.

Nampula is the capital of northern region of Mozambique, is located about 2,150 km north of the capital city of Mozambique (Maputo). According to the census of 2007, the province has a population of 3,883,56 people, facing an increase of 26,9% during just ten years; it remains the most populous province in the country. Lúrio University (UNILURIO) works since 2007 and has three faculties namely: Health Sciences; Engineering and Natural Sciences and Agricultural Sciences. The College of Health Science offers five distinct undergraduate programs in areas like pharmacy, medicine, dentistry, nutrition and optometry. Under the roof of the College of Health Sciences, the University Extension Program for family health "one student, one family" has existed since September 2007.

This study has no ambition to establish a strict historical timeline for this program to promote family health. The idea of this research is to describe how medical student and family organize their meeting in the framework of education for health taking into account the context in which the communication is established. Indeed, for over three years the project was released for health promotion "one student, one family." This program consists of students adopting a family from the beginning of the course, to convey basic knowledge of basic prevention of diseases. This program was designed taking into consideration that minor illnesses such as diarrhea, could be easily prevented and treated in self-management. In process of "adaptation" by the families, students also have to create a database that will reassess habits and suggest adequate nutritional and policies for health.

The emergence in 2007 program of family health promotion, "one student, one family" of Lúrio University has as an objective to promote good health habits of families in the community of Muatala, located around the Unilúrio. As we saw at the point where we contextualize our study objective, students are assigned a family in that they interact through weekly views, with the aim to promote primary prevention through health promotion family. It should be noted that the operating philosophy of this program recommends that each student adopt a family that he/she must work until the end of their course. That is, meetings between students and families occur from the arrival of the first year students at the university until the last year of its formation, i.e., the total will be five (5) years interaction between students and their families. With the assignment (adopted) family, the student becomes regarded as virtually a new family member, including, e.g., to be called the son, daughter or brother, sister (a) and he called family members of father, mother, sister or brother. The appearance of this work to promote community health is extremely important for both families as to Unilúrio since; it has brought a new approach process of teaching and learning process as well as primary prevention of health.

The program of health promotion in the community despite being an initiative of Unilúrio, most part of their activities is carried out together the families of Muatala community where students perform their activities.

All starts at 2 pm on Friday, in room magna College of Health Sciences Unilúrio, where they hold a meeting of up to one hour between the students and some College members. At this meeting the teachers give to the students some information that must be transmitted within communities, as well as students ask for some clarification and got questions about their field work.

Several qualitative studies have been performed since the 1970s about the process of interaction between doctor and patient. A study by Stewart (1995) showed that there is an association between effective communication and positive influence on physical and emotional health of the patient (Orth et al., 1987, pp. 29-42; Stewart, 1995, p. 152).

Dubé (2000) in his study about communication skills for preventive interventions suggests that effective communication depends on the skills of doctors and his aims to build the relationship with the patient, facilitation, negotiation and partnership. According to him, the fundamental skills for the physician-patient communication are already part of many curriculum of medical schools in the United States (Dubé, O'Donnell & Novack, 2000).

Studies carried out by Hulsman (1999), on the doctor-patient relationship in the Netherlands emphasize the importance of communication in the doctor's professional activity. Hulsman (1999) that despite this finding, the medical schools are not enough to occupy more than 5% of the workload of the curriculum development of this ability, primarily focusing on the technological aspects of professional practice and biomedical (Hulsman, 1999, p. 655). In England, the Imperial

College of Science, Technology and Medicine, in London, has a training mechanism for development of communication skills to students in the form of theatrical performance (Nestel, 2002, pp. 562-564). Such events, according to the authors, provide excellent training for students to identify and reflect on the specifics of the relationship with patients.

Data from the evaluation of a workshop held in Canada in 1992, addressing the topic of teaching and assessing communication skills in physician-patient relationship in Canadian medical schools revealed that of the 16 member schools involved in the event 15 have introduced communication for health in their academic curriculum. In 1996 the International Conference on Teaching Communication in Medicine took place in Oxford. They came to a consensus with recommendation of eight basic items that needed to be included in the curriculum of medicine for the formation and development of medical professionals (Makoul & Schofield, 1999, pp. 191-195). The guiding ideas and basis of this study is to analyze the conversation, that is based on assumptions, principles and knowledge of several authors: Heritage (1984), Silverman (2006), Creswell (2009) and Sacks, Schegloff and Jefferson (1974). The choice of this reference is due to the fact that the work of these authors constructs a tripod of support for working with conversation analysis of interactive communication processes, emphasizing the relationship between health professionals and patient.

2. RESEARCH METHODOLOGY AND DATA COLLECTION

2.1 Methodology

Because the study of interactions in a given social reality is understood here as the practice area of medical students in promoting family health, we understand that interactions can be investigated and the analysis would involve the participation of: 1) research subjects, 2) the theory/theorist of reference and the related area. To this study we chose qualitative, on the one hand, the paucity of time and nature of research that is intended to make, therefore, it works with a small sample therefore not be necessary to quantify the results. On the other hand, intends to study the degree of impact of process on the performance of students and the predominant of communication in the relationship with families, therefore, not intend to quantify the results. We also choose to descriptive method, since he wants to know and interpret the characteristics of object of study, distribution by age, sex, education level, opinions, attitudes, belief, culture and others. In our study we intend to learn and analyze the background of the families as well as students, that is, getting a general idea of the characteristics of the object of study (education, culture, economic level) in this view was used the unstructured interview and a participative observation. Also to describe characteristics on the perception of medical students and their respective families on communication processes and reasons for joining the operations of the family health program, aiming to provide indicators about the interactions between these two subjects. Turner (1971) suggests that the ethno methodological research is done in two phases. The first, the researcher uses his knowledge to the members themselves interpret their materials, while in the second he examines this interpretation from a perspective (Turner, 1971, p. 177). The four types of strategy discussed above differ in manner in that they produce their materials. But ever study of these materials can be seen as organized in these two stages of composition and interpretation of analysis procedure. To collect the data for our research we chose to use two techniques, interviewing and non participative observation.

The interview was used to have background information about the subject of study. The interview structured was not used for collection of information next to the students and the members of the families. The researcher didn't use the structured interview or questionnaire because these techniques don't give us the opportunity to reap the views, concerns and expertise of the respondents on the subject under study. Therefore, non-structured interview allowed a bigger freedom to introduce new questions, when opportune, as well as to extend the informative picture of the interview. It has the objectives "to know the opinion of the one interviewed, to explore its activities and motivations and to get information of the interviewed for the resolution of a problem hanging between people" (Richardson, 1999, pp. 210-211). For interviews were chosen two types of guide questions, an interview guide addressed to students and another to families.

Given the limitations of interviews to collecting data that allow evaluating the skills, behaviors and relationships of the object of study in their normal environment of activity, we used non participative observation accompanied by video recording to assist us in profound visualization of data. These recordings are transcribed in a way that limits the use of procedures common sense to hear what is being said and seeing as it was said. Observation is an activity that human beings are always serving in the context of their interaction; one can say that is intrinsic to human beings (Strauss, 1985, pp. 16-17). Observation as a technique of data collection is not new, but may generate some controversy, especially when the scientist is part of the social world it studies. In this case we face problems of scientific rigor to be careful. It is also attempt to record not only the cause of the interaction, content that is recording dialogue and nonverbal expressions observed in each of the actors.

The researcher chooses to shoot film in the conversation, since it facilitated the uptake of sounds and images that reduce many aspects that can interfere with the reliability of data collection observed. The video also allow a more thorough analysis of the process because it lets you see many times as necessary and see more details about interaction (Kvale, 1994, p. 27).

The interactions analyzed from the perspective of conversation analysis necessarily need to be recorded. That's because, unlike studies that focus on the content of speech or just the content of what was said, the studies of conversation analysis focus primarily on the way things have been said. Thus, methods of data collection involving only observations with notes taken are not sufficient. It is only with data recorded on audio or video that we can focus on the details of actual interactions, such as breaks, co-constructed speech, simultaneous speech and other interactional phenomena, aspects that are so expensive this approach (Silverman, 2006, p. 20).

For our study, the observations were preceded by an explanation, the participants on the research and its goals. In order to preserve the identity of the persons observed in the transcript of the videos of the observations we use letters at the beginning of each turn. Due to the physical and spatial dispersion of individuals within the group studied social, medical students, we chose to observe each student in each interaction with their family.

Because it is an empirical social research, we had to define the focus of our observation; as recommends Gil (2004) is necessary to define the place and time where the study phenomenon occurs. From this perspective, our observations were conducted specifically in Mozambique in Nampula city, the environment of the residence of the families with observation by video recording. The same took place in August and September 2010, having made two views of the fieldwork for each student and their respective families, the first visit was without video recording, and the aim was for the researcher become familiar with the subject of the survey (Gil, *idem*, p. 162).

Some studies made questions whether the presence of the camera may interfere with the behavior of participants. Authors like Heacock, Souder and Chastain (1996) said that the behavior may change, but only for a short period of time, pointing out that after few minutes the participants will get used to the equipment and re-submit his usual behavior (Heacock *et al.*, *idem*, pp. 336-338). Despite being the subject of extensive study, we did not have to delimit the scope of our observation because the observation was being videotaped. Therefore, we chose a simple sample. To the observation we didn't play any role in research, we were as spectator and it was unstructured observation where the observation is free (Gil, *idem*, p. 104).

2.2 Participants

Participants in the study are students of the College of Health Science, Lúrio University who are graduating in the fields of health sciences and also constitute part of the study families. For the development of this research we worked with sample of 21 individuals; 10 students (4 girls and 6 boys) and one professor, and the rest are from families, different families usually consist of 5-10 individuals per family. However, in addition to qualification, subjects of research, particularly students, were not selected taking into account, in general, elements of representing the students constituted by male, female, of diverse ages, representing the pharmacy courses, nutrition, general medicine dental medicine and photometry. It was based on accessibility.

In a particular way, for the observation we try not to select the students taking into account the different backgrounds of students in terms of courses, field of local language, sex, age and previous experiences in education, health and communication. The interviews with students were carried through before and after the session visit to the relatives, in order to analyze the input and output of the communication process. As for the families also were not selected any characteristics of the interviewees, since we intended to interview and observe the families corresponding to the selected students. The interview of families was made after the session of the home visits of students, interviews with this target group the researcher aims to understand how families relate to students. The social environment is the place where the actions and interactions of social actors. The field of our research is the scope of practice of medical students, understood as the area of health promotion of the family. It is in this social environment of this area that we identify interactions, obtain the meanings given by medical students and families during typical operations of health care practice of the family. And as this study only we talk about family health promotion, the social environment was defined as one's own practice, where the students' act perform their actions on families where they belong.

For cases in that we made the observation, we went out together with students from the Faculty to their families and when we arrived there, the student greeted the family and made a brief presentation and explanation of the objectives of its presence and was followed by the interaction, according to what the student had planned.

Due to reduced time to visit 15 of the 16 hours we could only record two observations per week in the end we recorded 8 observations. After the interaction followed by videotaped the transcripts was made by the researcher after the end of the fieldwork. On average each field observation had duration of 5 to 15 minutes. To preserve the anonymity of study participants, all names were replaced by Roman letters of the alphabet. For each interaction that we observe assign a different letter to distinguish from each other and members of the same interaction we use the numbers associated with letters. For example, to conversation number 1 we use the letter D, and to

distinguish speaker's member we use other numbers, and we follow the logical sequence of the alphabet until the end of eight observations.

In this paper, we present the results from the Meeting between medical student and Muatala's Community Family.

3. MEETING BETWEEN MEDICAL STUDENT AND MUATALA'S COMMUNITY FAMILY

This stage constitute one of the most relevant stage of the interaction, meanwhile it is in this stage where the process of communication interaction must show that is much effective as it consists of having the basis of related dialogue through the method of interview that is conducted by the student of medicine himself. It is noted that the questions raised during the interview are previously selected by the students to allow them to have a conversation guide. With the help of the guide the student makes questions to a family member with regard to the health of the community, but in this case they are particularly directed to the heart of the family trying to obtain the most relevant information related to the programs objectives.

In summary, the families that answer the questions of the conversations in the interaction student-family shows that both speakers guide themselves to the relevance in different questions of the conversation while producing them (either the attributions or the answers gave to them). We cannot affirm that this constitutes a rule. Meanwhile in our data as it is discussed in the following stage, it was noted that families try to position their attributions or responses so that they can make it possible the student to continue with the questions, this in order not to interrupt the questions. The students themselves, they rarely respond to the questions, since just in few occasions that the families interrupt the student because they have doubt or they need better clarification of some questions.

In this stage, the student gathers important data related to the program of his visit, identifying either positive or negative aspects existing in the heart of the family about the family's health that in the future they will be target of analysis to obtain conclusions that will allow him to generalize to the all health of the community of Muatala in the future.

The passage of the conversation 4 below, shows a conversation development, where the interviewee reveals a very critical health situation in the society in that she lives.

Example 4 (from conversation 6)

D6- [don't you go to hospital to make family planning?]

M6- I did not go anymore when I went for antenatal they said that I was HIV positive[] and I must start with the treatment against AIDS.

D6- Is it true?[] if the mother treats herself how will the baby be? will she born with no HIV and the mother will have treatment?

M6- (Crying) I am very sad

D6- (Giving hug the father) don't be sad, daddy already knows.

With regard to the non-verbal communication all the observations show that students seldom sit and discuss together with their families. What happens is that most of the meetings reveal that students seem to be very far from their family. The occasions that they fulfill what they say are few that can support what is being said with non-verbal actions.

This can be seen as the last stage of the interactive process, here the student makes the last comments about the interview target material with the family matching the responses obtained from the interview with the material related to the health of the community studied in the classroom, that allows students to give recommendations to the family about their health.

It is noted that in this process the student does not give any medical prescription to the problem found because he is merely a student of medicine and not a professional of community's health authorized to prescribe the medicines. He is a beginner that can therefore promote small actions that can make difference in the community. To illustrate this, we will transcribe some samples that demonstrate the conversation between the student of medicine and the families of Muatala community.

Example 5 (from conversation 7)

D7: Ok still this week we are going to the hospital. And if we have.

B7: They. there at the hospital will say what to do so that we can live safely even with the disease

D7- hum:::.....(.) ok

B7- (undress) ok older brother, until the next visit, take care of you don't forget to go to the hospital

B7- Ok, thank you older brother, have good classes.

The question this model of global structuring of the conversation between the student and family throughout their conversations is like defending some authors have developed studies on different sequential structure of conversation that should follow: the opening, developing and closing (Schegloff 1972; Schegloff 1974).

Based on the observations and analysis of the transcripts it is clear that the way in which interaction is conducted at the student's activity is reduced to obtaining responses from the family and is just restricted to answering the questions. As we saw previously the student visit the families with the chosen topics, and the results of the survey confirmed this finding. See transcript below the extracts from the conversation that may illustrate this phenomenon.

Example 6 (from conversation 2, 3, 4 and 5)

D2- humm(.) we came here to do the work that we had explained that day

D3 - As I had said, I just came to ask some questions for a task from the College.

D4 -father, I just came for us to have a conversation. Do you like conversation?

D5- no mummy, I was very busy at the College.> today I came here because of that matter I have talked to my father (.) it was for you to go to the hospital today<(0.)

Based on the above statements, we can conclude that it is the student who proposes the topic/subject of interaction and little room is left for the family to enter with new issues, since the student has his agenda to meet or even has its guide with issues that must be answered. To illustrate this phenomenon, note when the student completes the questions he says goodbye to family without asking whether they have any questions or concerns. He/she is always the person

who have been opening and closing the conversation as noted in the extracts of the conversation below:

Example 7 (from conversation 4, 5 and 6)

D4- ok:: I will stop, thank you very much to have answered the questions.

D5- aham:: ya:> with regard to the problem, you now have my telephone number, just call me, I am now ashamed because you did not tell me in advance that you had this kind of problem< So, I will see you on Friday at 11am.

D6- ((dismisses)) ok brother, see you next visit, take care of you

Also according to the survey at any time of observation we have seen, by the student, questions that encouraged the family to air their concerns or to introduce new topics that were unrelated to the subject under discussion. And so the family could have a role as co-producer on student questions and not just limited to responding and not able to contribute in an active way in the discussion. Thus, in a socio-interactional (in that elements of the interaction are included as participants in their interactions and not simply determined by aspects of personality), we can say that the actions of the student are also examined as influential in the conversation and the types of responses provided by families. Based on the premise that the interaction between the student and the family built on a non-joint construction of the interaction, it is evident the asymmetry of roles between the parties involved in this interaction health promotion community of Muatala. This phenomenon of asymmetry will be further developed in the following section.

Interactions for health promotion in Muatala community are characterized by the existence of two basic elements, a medical student and family. They are two elements with completely different characteristics. Where on the one hand, we have students enrolled in higher education in medicine and on the other hand, we have the family in community of Muatala with a low level of schooling and their characteristics.

From field observations and reading of the transcript were evident two main aspects, the asymmetry and the explanations (accounts).

We have seen that there is an asymmetry in interactional roles/discursive (who says and does what) between the student and family. Such asymmetry is expressed primarily in the conduct of conversation by the student, who determines the topics to be explored in conversation, as well as the different moments of interaction. As he also expressed by aspects related to resources and to their own interaction and language used by student and family. That is, the co-construction of turns for the family as a way of showing that they also participate in this interaction, situations, and descriptions of the topics presented by the student.

It was evident in our study that the interaction between student and family in few times that family give their contributions by building a round of talks still under construction by student. This phenomenon is widespread in almost all observations, see the transcript below.

According to our data, it is observed that, frequently, families use the resource co-construction of turn. Interestingly, these interactions between the student and family, is that the discursive role of co-builder of turn the other happens only with the student. In other words, the family never finished a round of the student, can see it in all transcripts.

Another phenomenon observed at this point is related to the explanation (accounts) in that the family can ask for clarification of some passage misunderstood or understood. This request for

clarification can demonstrate that both the family and the student are interacting and building a single idea within a single round of talks.

On this basis of non-participation in the turn and not asking questions of the family may be using this feature as a way of showing that he/she has no prior knowledge on the subject or, in other words, that remains in its role as who knows nothing (and everything that the student is talking about is new to then). This phenomenon is evident in the actions of the student, when he determines the agenda of topics to be explored in conversation and often interrupt the turns at talk of family, and bring the interaction for matters scheduled for him.

Despite this separation, in some cases it is noticed the student's effort to reduce the obvious distance that exists between him and his family. This phenomenon can be observed for example when the student tries to alleviate the discomfort that a certain type of questions can cause or words of encouragement and comfort as the following example illustrates:

Example 8 (from conversation 2, 4 and 5)

D2- I am going to ask a question but I think that the response will be wrong hum:::> how is he and if you are with him how do you accept his style of life? Perhaps the paces are the same, how do you manage to overcome your problems, has it been in a pacific way or he sits and each one accepts his mistakes?<

D2 [grade six] > that is what we really want and much more<

D4- [yes, exactly]

D5- aham:: ya:> with regard to the problem, you now have my telephone number, just call me, I am now ashamed because you did not tell me in advance that you had this kind of problem<

In short we can say that meetings with families are mostly characterized by high degree of control over the students' interactions. This control is visible on the one hand, the fact that few families can submit questions to the students and secondly, that there was a sort of separation/barrier caused by the position of how the players are seated and expression in which each holds in the interaction.

As we saw, in general the communication refers to take actions that it can make common thought ideas or feeling between people through a message sent from one person to another with the objective to inform, persuade or entertain. That is, in this action is developed individual communication relationship that depends on the conditions of the elements of communication such as the channel, context, sender, receiver and communication code (Lopes, 1994) that can positively or negatively influence on efficiency of perceptions of individuals involved in the scheme of communication and thus become noisy or misleading information in an interaction.

As in all communication processes, this reality became evident also in our field of study so that the interaction between the student and family member was strongly influenced by those elements of the communication process. For example, from the conversation in the research area between two male students (D2 and D2a) and mother (M2), as it is shown in the attached conversation 2 see example number 8. D2 reveals a skepticism with regard to the role that he is going to play in the communicative process, when showing the evidence of questions to be "raised (... what should I ask in the first stage?). And this difficult of the student can be overcome through the response given by his colleague in the passage number 8 D2a when "responding in the first stage you should ask the total number of the family members and then you start selecting men and women".

The student D2, in his speech in example number 8, raises the following question again "sister, you consider yourself an upset person". The expression upset is ours, because we simply try to show the evidence that in our point of view does not seem to be a difficult word for the lady M2 it means that it would be difficult for the interviewee to provide the meaning of the word, this fact would also be recognized by the student by asking help from our author to translate the word into others that would be easier for the interviewee. The other example of noisy communication¹ can be found in example number 9 below, the student when he raises a very complex question to his interviewee while knowing that she has problems to master the language: "(...) I am going to ask a question but I think that the answer will not be correct hummmmm".

The conversation "(...) hamm, yes because hernia is located, is somewhere you see, when it is a sickness, it is something that we can diagnosis. Going to see a doctor he can identify and operate it, normally it is like that" it is noted that the student faces problems to answer clearly the question raised by the interviewee who influences the perception of what is being discussed.

In the following passage of conversation number 8 (see example below), the student raises questions about difficulties to have access to health care, the question seems to be ambiguous, as the member of the family (F8) next asks the other question to understand better the question raised before: F8- how difficulties. In this stage the student tries to make the question clear making the other one D8- financial problems, may be something, for the family member it became easier to understand the speaker's question.

Example 9 (from conversation 8)

D8- > access to health care, have you difficulties? have access to hospital? have you a clinic? have you difficult to go to the central hospital? ()to clinic<

F8- difficult, how?

D8- < financial problem, maybe something>

F8- a::h no, I have no problems.

D8- [haven't you] is there anybody with two wives in your family?

F8- *wha* :::[who has?]

((the word "*wha*" in emacua language means " what?"))

D8- more than two wives?

F8- [two wives, how?] (.) For example I have one and that one has the other?

D8- (hi::) two wives... and the other

The other variants that can influence the communication between the student of medicine and the family is the level of trust they have that can make them be limited or explain better the questions that will be asked. Thus the communication relations depend on the approximation the speakers have to trust each other and give reliable information attitudes and feelings. However the quality of the relation depends on the capacities and technical skills of communication posed by the student. See above example of trust:

Example 10 (from conversation 8)

D8-[] Do you use anything for protection? [do you protect yourself?]

(0.9)

F8- yes::

D8- With condom?

F8- [] No

D8- No, is it::?

Regarding these conversation passages it is noted that there is centralization to some extent of some aspects of the conversation conducted by the student during the interaction that reveals lack of trust of the interviewee in conversation 7, contrarily to the above one. In other words the interviewee appeals the student to have the conversation about the number of wives later or in another occasion. Therefore the interviewee has lack of trust.

Example 11 (from conversation 7)

D7- [Brother, why do you always have a new wife?]

B7- this matter is very innermost. We can only talk two of us[] the next time you come

D7- Ok:: agreed

According to Burton and Dimpleby (1995), all relationships are conceived, affirmed, conducted and even broken by the use of communication. Communication is used to establish information about others to reduce uncertainty as we postulated on the last paragraph. Empathy and trust are important for building positive relationships, whereas game playing can have detrimental effects. Empathy involves trying to feel with the other person in order to understand their point of view. Trust involves accepting others without judging them, and believing that they are basically sincere, competent and accepting. As a result of such trust, individuals should be able to rely on the communicative behaviors of others. Without trust, even the most effective of communications is unlikely to bring about the desired effects. In healthcare settings, trust is particularly important, as family members often feel helpless and vulnerable. Trust is enhanced when health providers use supportive communicative behaviors, whereas it can be hindered by the use of defensive behaviors. As Hargie and Dickson (2004) noted, health professionals should not assume that patients will automatically trust them as a result of their status. It is important to foster trust and credibility, by attending to patients' needs and communicative behaviors appropriately, and then to maintain them. It has frequently been commented that it can take a long time to build trust, but trust can be lost in a brief moment.

Communication in healthcare encounters some literature that we read defends that the process of interpersonal communication is composed by at least two parts, the verbal part that is composed by the speaking and the non-verbal part that is composed by gestures, signs, signals and other aspects existing in each culture. Thus aspects are not noted in the observation that we conducted, according to the data, almost 80 per cent of the conversations taking place; occur without taking into account in the process of communication the elements of non-verbal communication. To illustrate this phenomenon we can look at the passage of the conversation number 05.

Context: conversation between a student of health Science College of Unilúrio D5 and a his "mother" (M5) from the community of Mutauanha, in Nampula. The conversation is taking place in the yard of his "family" house and all the participants are sitting on the chair. The student is wearing a white overall, similar to the doctor's one, that is his College uniform. The student is sitting 1 meter distance far from his mother, there is no face:to:face visualization since his mother is looking to one direction and the student is also looking to a different direction.

This phenomenon contradicts the requirements of interpersonal communication, defended by Fiske (1993), in which he says that in a process of interpersonal communication the information exchange can be oral, by gestures, and by other aspects that have to do with visualization of the individuals. Then, with the aspects noticed above and with the support of the author Fiske, we can ensure that the process of interaction between the student and the family is not effective, since non-verbal communication complements the verbal communication.

To answer this question we had to raise many hypothesis, theories and traditional practices of Mozambique or of the place where the research took place. The first is related to the way people are sitting with the same example of conversation 05, one of the reasons of lack of interaction is the distance between the speakers and the way the student is sitting, not facing the interviewee.

As we saw the student is looking to one side and the lady is looking for a different side and the distance between them is almost 1, 5 meter. As Lazure (1994) and Killingsworth and Palmer (1992), point the way we sit, stand or lie can communicate certain meanings, sometimes related to interpersonal attitudes, the friendliness, hostility, superiority or inferiority. It may also indicate an emotional state, especially of high tension or relaxation. Another aspect is movement of the eyes and eye contact, the frequency and duration of looking is a way to send messages about the relationship, or alliance domain. Establish eye contact at the beginning or during the first phase of a verbal act indicates the desire to dominate the listener and/or to pay attention.

As noted by Street (2003), medical consultations, like other types of social interactions, are dynamic, creative and, usually, socially constructed events. The primary activity is typically 'talk', as the different partners exchange information, make decisions and establish or maintain a relationship. The nature and quality of the interaction will depend on how participants select, adapt and co-ordinate their responses in order to achieve desired goals.

The second may have to do with habit factors and cultural factors. The distance that exists between them can be a way of avoiding problems, being a married woman and with the same age with the student, if they sit close together it will seem to try to persuade each other according to Mozambican tradition and habits. Therefore they prefer to keep sitting far from one another and to avoid looking at the other's face in order to avoid being suspected to be falling in love. We cannot bring the hypothesis of being shame because the student knows a family for 3 years. As Lazure (1994) and Killingsworth and Palmer (1992) point the degree of proximity to the approaching students and families can convey a message about the relationship between them. There seems to be distinct characteristics about the distance. Sitting close to a meter; to eight feet is personal, and more than eight feet is considered semi-public, and also vary from culture to culture.

4. CONCLUSION

To conclude, we saw that the process of interaction between the student of medicine and the households of Muatala has the following stages of interaction: a) introduction, the student introduces himself to the family, b) development, the interactive conversation, c) and the conclusion where the student gives some recommendations and suggestions to the interviewed household. With regard to the analysis of the research results we noted that the student cannot give any medical prescription because he is not any health technician yet, neither any health professional. The fact that students do not have to give prescription does not harm the objectives post-interaction set before to promote the health program" one student, one family".

The relationships between the students and family members are basically affected by four factors that can act as barriers to effective communication on the relationship. These are: uncertainty over the particular 'role' that the family members are expected to play; uncertainty over who is responsible for managing particular aspects during the conversation and the fact that the students tend to use medical jargon that is unfamiliar to the family members. Apart from that, the majority of communication problems that occur in healthcare interactions involve health professionals making some very basic mistakes. This includes not introducing themselves, not asking for clarification from the family members, not allowing or encouraging family members to ask questions, not asking about family member's feelings and not providing information in a form that they can use.

In conclusion, this study was to analyze the organizational structure of the process of interaction among students of the College of Medicine, Unilúrio in Nampula and families of Muatala resident neighborhood College as well as some factors that influence the effectiveness of this process within the program one student, one family.

And according to the observations and analysis made it appears that the process of interaction between medical students and families has the following phases of interaction: Introduction, Development and Conclusion. The introduction concerns the presentation to the family of the student program objectives and the need and importance of it for the health of the community. Development is the unfolding of the interaction phase in which students carry their exploratory study on aspects related to the program across the issues affecting family health. In conclusion, being the last stage of interaction, a student makes some recommendations and suggestions for a family interview.

Access to community health information can negatively affect the health of the community, running the rising levels of illness in the community. On the other hand, the poor knowledge about basic rules of health also affects community endangers the success of the program. Therefore the findings of family members who had difficulties in speaking the official language, and take too long to explain the questions, even the existence of family members who cannot read or write, leads us to suggest to the medical students pay more attention on these issues.

And because the issue of divergence in the fluency of verbal communication through the Portuguese language, it is suggested that students could put it more clearly as possible and use shorter sentences and avoid medical terminology in communications. Moreover, it was seen that this access to information is even lower when the question is female, and they are the ones that dominated in our interviews, we can say that this factor is quite significant in the validation study of the interaction and associated to the factor of poor access to information regarding the health of the community, it contributes negatively to the success of the program.

The socio-cultural characteristics of family members interviewed in the community of Muatala , being different from each other with regard to beliefs, attitudes, values, socio-cultural rules, results in the differentiation of perception of the goals of the community health led out by students, negatively affecting the success in promoting the health of the community although it can also be an element of great source for obtaining more data for deeper analysis and recommendations because of their diversity.

Our analysis focused on linguistic evidence and the communication strategies used by participants in the consultation. Because the student is interested in obtaining information from health factors relevant and sufficient to determine their influence and make appropriate recommendations, their conversational strategy is to consider the items of the problems of real life families. The student relies mainly on specific questions in the search for factors that are determinants of health. His style

of management topic can be characterized as the speaking style on a particular topic, instead of speaking topically.

In general, the communication strategy is the negotiation of meaning because it is notorious throughout the research how meaning is negotiated between the student and family members for a particular topic when there are differences in communication.

The family strategy, moreover, is to avoid talking about topics that are introduced by the student. Thus, although semi-literate, the family shows have the conversational skills needed to answer the questions raised by the student, since there were few cases in that the question remained unanswered. His management style is characterized by topic talk topically, ie talk about a topic. For our object of study, several topics were observed, the main survey were related to the determinants of community health Muatala.

In the communication strategy, the bilateral topics, or converging, are widely developed and evaluated, thus providing the student an opportunity to collect information more relevant to the collection of information on the subject under discussion. Watching the linguistic mechanisms of involvement and assessment that the family uses, he can learn not only what is of interest to the student, but also what worries the family.

As a result of language difficulties, we found that linguistic differences are actually observed in the comparison. Language strategies are introduced by the student in an attempt to obtain information more relevant to the health of the family. Thus, it is suggested that students develop a conscious awareness of the characteristics and complexities of information obtained in the search field. This would make them learn to listen more to learn than listening to interrogate. In fact, their ability to ask would be enhanced by their ability to hear and identify contextual cues, such as the assessment and engagement that signals the real problems of the families visited.

I hope the results of this study will contribute to a better understanding and better result of health promotion of medical student and families from Muatala and also better interaction.

5. REFERENCES

- (1) Burton, G., & Dimpleby, R. (1995). *Between ourselves - an introduction to interpersonal communication* (2nd ed.). London: Arnold.
- (2) Dubé, C. E., O'Donnell, J. F., & Novack, D. H. (2000). Communication skills for preventive interventions. *Academic medicine*, 75(7), S45-S54.
- (3) Fiske, J. (1993). *Introdução ao estudo da comunicação*. Lisboa: Edições Asa.
- (4) Gil, A. C. (2004). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4ª ed.). São Paulo: Atlas.
- (5) Hargie, O., & Dickson, D. (2004). *Skilled interpersonal communication: research, theory and practice*. Hove: Brunner Routledge.
- (6) Heacock, P., Souder, E., & Chastain, J. (1996). Subjects, data, and videotapes. *Nursing research*, 45(6), 336-338.
- (7) Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- (8) Lopes, A. (1994). *Comunicação e difusão*. Porto: Porto Editora.
- (9) Hulsman, R. I., Ros, W. J. G., Winnubst, J. A. M., & Bensing, J. M. (1999). Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Medical education*, 33(9), 655-658.
- (10) Killingsworth, M. J., & Palmer, J. S. (1992). *Ecospeak: rhetoric and environmental politics*. Carbondale, IL: Southern Illinois University Press.

- (11) Kvale, S. (1996). *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage.
- (12) Makoul, G., & Schofield, T. (1999). Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Patient Educ. Couns.*, 37(2), 191-195.
- (13) Moore, S., Eng, E., & Daniel, M. (2003). International NGOs and the role of network centrality in humanitarian aid operations: a case study of coordination during the 2000 Mozambique floods. *Disasters*, 27(4), 305-318.
- (14) Nestel, D., Muir, E., Plant, M., Kidd, J., & Thurlow, S. (2002). Modelling the lay expert for first-year medical students: the actor-patient as teacher. *Med. Teach.*, 24(5), 562-564.
- (15) Newman, R. D., Gloyd, S., Nyangezi, J. M., Machobo, F., & Muiser, J. (1998). Satisfaction with outpatient health services in Manica Province, Mozambique, Health policy and planning, 13, 174-180.
- (16) Orth, J. E., Stiles, W. B., Scherwitz, L., Hennrikus, D., & Vallbona, C. (1987). Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health psychology*, 6(1), 29-42.
- (17) Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas* (3ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- (18) Schegloff, E. A. (2006). Introduction. In H. Sacks H. (ed.), *Lectures on Conversation* (vol. 1). Oxford: Blackwell.
- (19) Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative data. Methods for analyzing talk, text and interaction* (3rd ed.). London: Sage.
- (20) Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*, 152(9), 1423-1433.
- (21) Strauss, A. L. (1987). *Social organization of medical work*. Chicago: University of Chicago Press.
- (22) Street, R. L. (2003). Communication in medical encounters: an ecological perspective, in T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. L. Miller, R. Parrott (eds.), *Handbook of health communication* (pp. 63-89). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- (23) Turner, R. W. (1971). Utterances, activities. In Jack D. Douglas (Ed.), *Understanding everyday life: towards a reconstruction of sociological knowledge*. London: Routledge & Kegan Paul
- (24) Yates, R., & Zorzi, N. (1999). *Health expenditure. Review mozambique. Technical Assistance Provided by Family Planning Management, Development Project Management Sciences for Health*.

Notes:

1 Noise - is one factor that undermines the perfect transmission of the message, may be an interference call, a voice too low or masked by a background music (Fiske). For the purpose of our study we use this term to refer to when communication is not having the desired effect or question is understood differently.

O SUJO E O LIMPO NA PERCEÇÃO DE FUTUROS PROFESSORES

THE DIRTY AND CLEAN IN THE PERCEPTION OF FUTURE TEACHERS

Mercia Helena Sacramento¹ & Maria Helena da Silva Carneiro²

¹ Universidade Católica de Brasília – UCB. mercia.h@terra.com.br

² Universidade de Brasília – UnB. mhsilcar@unb.br

RESUMO

Este trabalho busca contribuir para a discussão de questões relacionadas às representações sociais da higiene corporal, construídas por estudantes iniciantes de um curso de licenciatura em Ciências Biológicas, bem como verificar quais são as suas percepções sobre o sujo e o limpo. O referencial teórico utilizado foi a Teoria das Representações Sociais de Moscovici. Os instrumentos de pesquisa utilizados foram o questionário, contendo a técnica da associação livre de palavras e questões abertas, na primeira etapa e, em uma segunda etapa, foi aplicada a técnica da triagem hierárquica sucessiva. Após a análise dos resultados, verificou-se que há uma relação entre a higiene corporal e as percepções sensoriais dos estudantes, principalmente a visão e olfato. Outra constatação foi que a percepção de sujo e de limpo está vinculada aos cuidados com o corpo e com aquilo que é visto ou sentido por eles ou pelos outros. Ao final da pesquisa concluiu-se que as representações sociais da higiene corporal, do sujo e do limpo, se transformam durante o curso.

Palavras – chave: *representação social, higiene corporal, sujo, limpo*

ABSTRACT

This paper seeks to contribute to the discussion of issues related to social representations of bodily hygiene, built by students beginning a degree course in Biological Sciences as well as determine what are their perceptions about the dirty and clean. The theoretical framework used was the theory of social representations Moscovici. The survey instrument used was a questionnaire containing the technique of free association of words and open questions, in the first step, and a second step, was applied the technique of successive hierarchical sorting. After analyzing the results, it was found that there is a relationship between the hygienic and sensory perceptions of students, especially sight and smell. Another finding was that the perception of clean and dirty is linked to body care and what is seen or felt by them or by others. At the end of the study concluded that the representations of social hygiene, the dirty and clean, turn on the course.

Key words: *social representation, hygiene, dirty, clean*

1. INTRODUÇÃO

A ideia deste estudo surgiu a partir da minha prática pedagógica. Como professora universitária há vinte e um anos, atuando nos cursos de licenciatura com a disciplina Didática e no Curso de Ciências

Biológicas com a disciplina Estágio Supervisionado e Prática de Ensino, tenho percebido que os alunos obtêm informações, mas não as transformam em conhecimento.

Também tenho observado, durante o estágio supervisionado, que os futuros professores continuam centrados na transmissão dos conhecimentos biológicos de forma dogmática. Ao se depararem, por exemplo, com temas controversos da Biologia, como evolução, o uso de células tronco, aspectos relativos à saúde, entre outros, os licenciandos limitam-se aos princípios, conceitos e procedimentos, ou seja, fazem uso de um discurso científico hermético, sem nenhuma discussão dos aspectos sociais do tema.

O estudo do corpo humano, por exemplo, como já foi amplamente discutido por vários autores (Aragão, Schnetzler, Cerri, 2000; Talamoni, Bertolli Filho, 2005; Souza, Camargo, 2009 e tantos outros) é feito de forma fragmentada desde a Educação Infantil até a Universidade. O ensino centrado na “dissecção didática” do corpo humano em sistemas, órgãos, tecidos e células, sem discutir com os alunos as interações entre as partes que formam o todo – corpo humano – e deste com o meio ambiente. Privilegia a memorização das informações científicas, mas não garante a compreensão dos fenômenos biológicos que ocorrem no corpo. Não se trata, aqui, de desvalorizar a dimensão biológica do corpo, mas associá-la às outras dimensões.

Morriau (1977, p. 137) nos lembra que o homem estudado não pensa, não reflete, não é animado por sentimentos. É um ser frio, mecânico, submetido às leis biológicas, que só possui a história biológica. Ao reduzir o estudo do corpo apenas a sua dimensão biológica, o ensino se dissocia da sua dimensão cultural. Acrescentamos ainda que se trata, também, de um corpo sexuado e situado no tempo e no espaço.

Como possibilitar “o aprimoramento do educando como pessoa humana, incluindo a formação ética e o desenvolvimento da autonomia intelectual e do pensamento crítico” – artigo 35, item III, da LDBEN/96 – se não é dado ao aluno a oportunidade de analisar e posicionar-se diante das mesmas? Essa forma de ensinar não estaria, por exemplo, principalmente no caso do estudo dos aspectos relativos à higiene do corpo, induzindo o aluno a uma aceitação tácita de certos padrões de “comportamento” estabelecidos pela sociedade e pela ciência?

Esta concepção de ensino de biologia tem algumas implicações: primeiro, reforça uma concepção de ciência, bastante difundida entre os alunos, de que a produção do conhecimento científico é resultado do trabalho de alguns indivíduos iluminados e que, ao realizarem o seu trabalho, não sofrem nenhuma influência do contexto sócio-político e econômico da época; passa uma ideia do fazer científico que não corresponde à realidade, pode consolidar a supervalorização do conhecimento científico em detrimento dos outros saberes. Finalmente, esta forma de ensinar distancia-se de um dos principais objetivos do ensino de biologia, que é o “uso” do conhecimento como instrumento de reflexão.

Os futuros professores, ao se depararem com temas relacionados à higiene, seja ela corporal, ambiental ou coletiva, tendem a dar ênfase às normas de higiene estabelecidas pela sociedade, sem questionamentos, e também não estabelecem relações entre higiene e saúde (individual ou coletiva). Estas normas são simplesmente apresentadas aos alunos sem nenhuma discussão, por exemplo: “lavar as mãos antes das refeições”, “escovar os dentes após as refeições”, “lavar as mãos após usar o banheiro”, “tomar banho todos os dias”, entre outras. Essas normas, ainda hoje presentes no discurso do professor e nos livros didáticos, centram-se no indivíduo, como se ele fosse responsável pelas prováveis doenças que possa afetá-lo. Esquece, por exemplo, que a própria escola não oferece as mínimas condições para que essas referidas normas sejam praticadas. Nas escolas públicas de Ensino Fundamental do Distrito Federal, o lanche é servido em sala de aula e, muitas vezes, os alunos não são autorizados a ir lavar as mãos antes dessa refeição. Isso porque, se cada

professor permitisse a saída de seus alunos, geraria tumulto no pátio da escola, visto que não haveria espaço suficiente para que todos os alunos do turno lavassem suas mãos ao mesmo tempo. Não se trata, aí, de uma contradição?

Os Parâmetros Curriculares Nacionais – PCN, apresentam como um dos objetivos para o Ensino Fundamental, que o aluno seja capaz de “Conhecer e cuidar do próprio corpo, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde coletiva” (p. 7). Trazem também como sugestão de conteúdo para o 2º ciclo do Ensino Fundamental o “estabelecimento de relações entre a falta de higiene pessoal e ambiental e a aquisição de doenças: contágio por vermes e microrganismos” (p. 66), destacando os cuidados com o corpo e a higiene corporal como um dos aspectos responsáveis pelo desenvolvimento de hábitos saudáveis. Quanto ao Ensino Ciências Naturais, um dos objetivos dessa disciplina é “Compreender a saúde pessoal, social e ambiental como bens individuais e coletivos que devem ser promovidos pela ação de diferentes agentes” (p. 33). Um dos Temas Transversais é a Saúde, que aborda as condições necessárias para a melhoria da qualidade de vida pessoal, social e ambiental.

Não é só o livro didático e o professor que centram a responsabilidade da higiene/saúde no indivíduo. Apesar de chamar a atenção para o aspecto multidimensional da Educação para a Saúde, os PCN não destacam a importância do saneamento básico e das relações com a saúde da população. Também não faz referências quanto à responsabilidade do governo em relação à saúde coletiva.

Ora, como o professor vai discutir esses temas, que extrapolam a dimensão biológica, se durante a sua formação escolar e universitária, ele não teve oportunidade de analisar outras dimensões da higiene? Na verdade, esses futuros professores estão reproduzindo os modelos de ensino, construídos ao longo de sua escolaridade, e os cursos de formação de professores, inicial e continuada, parece que pouco contribui para uma avaliação efetiva desses modelos de ensino.

2. QUADRO TEÓRICO

Os conhecimentos científicos do universo reificado, apreendidos ao longo do curso de licenciatura vão ser incorporados ao universo consensual, com as modificações provocadas pelas histórias de vida e experiências pessoais. Portanto, esses conhecimentos vão ser reelaborados e cada estudante vai criar as suas representações sociais, coerentes com as ideias do grupo, mas com algumas diferenças individuais. Para Moscovici (2003, p. 95)

O senso comum está continuamente sendo criado e recriado em nossas sociedades, especialmente onde o conhecimento científico e tecnológico está popularizado. Seu conteúdo, as imagens simbólicas derivadas da ciência em que ele está baseado e que, enraizadas no olho da mente, conformam a linguagem e o comportamento usual, estão constantemente sendo retocadas.

Moscovici (1978, p. 24) afirma também que a propagação da ciência e a sua penetração no cotidiano das pessoas ocorre por meio da comunicação que propaga o conhecimento em uma dada sociedade. Esse processo de socialização forma um novo tipo de conhecimento adaptado às necessidades de um grupo social. Não reproduz o conhecimento científico, mas o reelabora, transformando-o de acordo com o contexto social no qual está inserido. Esse processo de “formação

de um outro tipo de conhecimento, adaptado a outras necessidades, obedecendo a outros critérios, num contexto social preciso” tem por pano de fundo uma mudança no senso comum. Essa transformação não se resume à incorporação de novas ideias, nem a difusão de conceitos científicos ou de informações, mas a um movimento em que as descobertas científicas são socializadas, transformando o meio ambiente e se transformando.

Sacristán (1999, p. 117) ressalta ainda que o conhecimento científico, “que, em princípio, não pertence ao âmbito do senso comum”, ao se infiltrar na vida cotidiana, trás múltiplas implicações nas mais variadas atividades humanas, tanto por meio das aplicações tecnológicas utilizadas e difundidas, quanto nas condições de elaboração do conhecimento pessoal e compartilhado, modelando a própria realidade e interferindo nas ações pessoais e coletivas.

Portanto, na dinâmica das representações sociais ocorrem mudanças e nos cursos de formação de professores espera-se que essas transformações aconteçam. Uma vez que as disciplinas específicas fornecem novas informações aos acadêmicos, que podem modificar as concepções e percepções que eles têm sobre um determinado assunto, podemos pressupor que os licenciandos do curso de Ciências Biológicas deveriam ter os conhecimentos básicos de sua disciplina e ter a consciência de que o conhecimento científico é uma forma, entre outras, de explicação dos fenômenos da natureza, condições necessárias para poder reapropriar e reestruturar a realidade, visto que, segundo Abric (1998, pp. 27-28),

É esta realidade reapropriada e reestruturada que constitui, para o indivíduo ou o grupo, a realidade mesma. Toda representação é, portanto, uma forma de visão global e unitária de um objeto, mas também de um sujeito. Esta representação reestrutura a realidade para permitir a integração das características objetivas do objeto, das experiências anteriores do sujeito e do seu sistema de atitudes e de normas. Isto permite definir a representação como uma visão funcional do mundo, que, por sua vez, permite ao indivíduo ou ao grupo dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referências; permitindo assim ao indivíduo de se adaptar e de encontrar um lugar nesta realidade.

Heller (1977, p. 323) confirma esse fato ao afirmar que os estudantes de ensino superior adquirem um nível científico que os introduz ao meio homogêneo das ciências, mas o que fica de tudo isso, se não continuarem a exercitar esses conhecimentos, são apenas informações científicas, que poderão usar, posteriormente, em um determinado meio social. Portanto, eles se apropriam de alguns conceitos do universo reificado, os reestruturam para poder utilizá-los no universo consensual, ou seja, na vida cotidiana, visto que “os conhecimentos científicos servem para modelar a conduta de vida”.

Sacristán (1999, p. 118) concorda com Heller ao afirmar que a penetração do conhecimento científico ocorre “em qualquer um dos âmbitos da vida cotidiana, afetando as compreensões sobre acontecimentos de ordem física e social”, portanto a percepção das pessoas sobre diversos aspectos da vida varia de acordo com o estrato social e o modo de utilização, visto que a apropriação do conhecimento não ocorre de maneira homogênea pelos sujeitos e pelos grupos.

A título de exemplo, pode-se citar a mudança que houve na percepção da higiene corporal e na relação dos sujeitos com o sujo ou impuro, a partir do século XIX, com a descoberta dos organismos patógenos, que segundo Douglas (1976, p. 50), a partir daí, a sujeira, que ela denomina de impureza,

se vinculou à transmissão de doenças. Com isso, houve uma transformação nas práticas higiênicas para evitar a contaminação e as epidemias. No universo consensual, que é o senso comum, a representação da sujeira e da limpeza pode assumir diferentes significados, ora referindo-se à higiene, ora a aspetos morais e a traços de personalidade ou pessoas, ora a ambientes.

Para a autora (p. 14) “a impureza é uma ofensa contra a ordem. Eliminando-a, não fazemos um gesto negativo; pelo contrário, esforçamo-nos positivamente para organizar o nosso meio”. Há toda uma pressão cultural para a eliminação do sujo, do impuro, que macula a ordem, desorganiza o ambiente e degrada o indivíduo. Douglas acrescenta ainda que, se abstrairmos a patogenia e a higiene, a sujeira representa tudo aquilo que está fora do lugar, ou seja, a sujeira representa a desordem, a desorganização, aquilo que subverte a ordem. A sujeira não é um fenômeno único, isolado, ela pertence a um sistema de classificação da matéria que ordena todas as coisas, repelindo aquelas que destoam ou são inadequadas. Esta interpretação da sujeira faz parte do domínio simbólico, visto que tanto a sujeira, quanto a limpeza são relativas e socialmente concebidas e pertencentes a um sistema ordenado.

Concordando com Douglas, Jodelet (2005, pp. 309-319), que estudou as representações sociais da loucura, em uma comunidade francesa que hospedava doentes mentais em casas de famílias, verificou que a preocupação com a higiene, que as hospedeiras de pacientes tinham, escondia o receio da contaminação e da poluição, visto que “a limpeza elimina a sujeira, mas não a poluição ligada à doença”. Portanto, o doente era visto como fonte de poluição, que podia contaminar a própria água com suas secreções, podendo transmitir a doença. As secreções perigosas, segundo as hospedeiras, capazes de sujar a água, eram o suor e a saliva, sendo que esta última parecia ser dotada de um poder poluente superior, visto que deixava nas louças uma marca invisível que era perigosa e devia ser afastada do convívio familiar. Por isso, a louça usada pelos doentes era lavada separadamente, enquanto que a roupa podia ser lavada junto com a roupa da família, pois os produtos de limpeza eliminavam o perigo da contaminação.

Os códigos e os símbolos relativos à higiene são estabelecidos social e culturalmente e são eles que vão classificar e organizar as barreiras entre a sujeira e a limpeza. De acordo com Rodrigues (1995, p. 98) em cada sociedade se estabelecem comportamentos que variam de acordo com os contextos. Para ilustrar pode-se dizer que “as regras, liberdades e transgressões” que se fazem no domínio privado, como por exemplo, no banheiro, não se repetem no domínio público. “As pessoas manipulam os códigos, fazem coisas diversas, ou as mesmas coisas de modo diferente, segundo haja ou não outras pessoas no recinto”.

Essas considerações e questionamentos nos levam a perguntar: Quais são as representações sociais de higiene corporal dos estudantes do curso de ciências biológicas? Quais são as dimensões atribuídas à higiene corporal? Discutir higiene corporal nos leva também a questionar a relação que esses futuros professores possuem com o próprio corpo, com o sujo e o limpo. A questão central merece desdobramentos: Qual é a representação social dos estudantes no início do curso de licenciatura em ciências biológicas a respeito da higiene corporal? E no final do curso? Houve transformações relevantes? Que tipo de transformações foram evidenciadas?

As representações sociais são formadas e circulam a partir das relações de comunicações que são estabelecidas nos diferentes ambientes, os quais pressupõem padrões de referências comuns aos sujeitos que formam os grupos. Nessa perspectiva, estudar as representações sociais sobre a higiene corporal indicará os padrões de referência do grupo estudado. Lembramos ainda que a prática pedagógica do professor é fortemente condicionada pelas representações que possuem a respeito do tema a ser ensinado, do processo de ensino e aprendizagem e da ciência com a qual ele trabalha.

3. MATERIAL E MÉTODOS

O nosso objeto de estudo está centrado na representação social da higiene corporal de alunos do curso de ciências biológicas e na sua relação com o sujo e o limpo buscando identificar o conteúdo, a organização e a estrutura das representações sociais. Segundo Almeida (2001: p. 142), não existe uma única técnica que permita o estudo, ao mesmo tempo, desses três elementos (conteúdo, organização e estrutura), visto que o estudo das representações sociais apresenta um caráter plurimetodológico devido “à necessidade imposta pela própria teoria de abarcar o objeto a partir de diferentes perspectivas” (p. 155).

Para realizar esta pesquisa, optou-se pela utilização de dois estudos. No primeiro deles, foram analisados os dados obtidos na associação livre de palavras e nas respostas das questões abertas do questionário. No segundo estudo, analisaram-se os dados obtidos na triagem hierárquica sucessiva. Ambos os estudos foram realizados com dois grupos de estudantes: os iniciantes (Grupo I) e os concluintes (Grupo C) do curso de licenciatura em ciências biológicas. Mas considerando a extensão do trabalho, pois trata-se de um estudo realizado no contexto de um doutorado, apresentaremos apenas os resultados relativos a análise das duas primeiras questões do questionário respondido pelo primeiro grupo de alunos, ou seja, os iniciantes do curso.

3.1 Instrumentos de pesquisa

O instrumento de pesquisa utilizado, nesta etapa da pesquisa, foi o questionário, contendo a técnica de associação livre de palavras e questões abertas. Esse instrumento foi utilizado para o levantamento do conteúdo das representações sociais. De acordo com Almeida (2001, p. 143), o questionário “é considerado um instrumento privilegiado no estudo das representações sociais”. Isso ocorre porque ele permite, “a partir de uma análise quantitativa, identificar a organização das respostas”. A escolha do questionário teve por objetivo possibilitar o acesso a um maior número de alunos e de reduzir os riscos de uma interpretação equivocada por parte do pesquisador. Além disso, esse tipo de instrumento permite a inserção de questões abertas e fechadas, possibilitando assim que os sujeitos possam expressar o que pensam e como agem frente aos temas focalizados.

O questionário aplicado continha um levantamento de dados pessoais. As três primeiras questões estavam relacionadas com a técnica de associação livre de palavras, com os termos indutores: higiene corporal, sujo e limpo, respectivamente. Essa técnica possibilita a identificação dos prováveis elementos constituintes da representação social, a partir de três indicadores: palavras mais frequentes, palavras mais prontamente evocadas e palavras indicadas como mais importantes. O questionário continha ainda treze questões abertas, as quais, de acordo com Almeida (2001, p. 154) permitem que os sujeitos tenham liberdade para estruturar e desenvolver suas respostas.

3.2 Os participantes da pesquisa

1º Estudo: Trata-se de uma Instituição de Ensino Superior privada do Distrito Federal - Brasil. A pesquisa foi realizada com 49 (quarenta e nove) alunos iniciantes do curso Ciências Biológicas.

3.3 Os procedimentos de análise da pesquisa

Os questionários foram identificados com IF (iniciante feminino), IM (iniciante masculino), seguidos de um número sequencial, que corresponde ao seu protocolo para identificação. A análise dos depoimentos coletados nas questões abertas do questionário foi realizada após leituras sucessivas

das respostas dos participantes e, posteriormente, foram agrupadas em eixos temáticos. Na técnica de associação livre de palavras foi realizado um levantamento dos atributos indicados pelos estudantes, verificando o percentual de indicações na ordem em que foram evocados e o total de evocações, em seguida, essas palavras foram também agrupadas em um sistema temático. Para verificar a organização dos atributos na representação, levam-se em conta apenas os atributos que permanecem até a última escolha. São esses atributos que compõem a representação.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade média dos sujeitos que participaram deste estudo era de 22 anos, sendo a menor idade de 17 anos e a maior de 36 anos. Dos 49 estudantes, 18 (36,76%) eram do sexo masculino e 31 (63,24%) do sexo feminino, todos eles cursando o primeiro semestre do curso de licenciatura em ciências biológicas. A grande maioria, 45 (91,84%) deles, era solteira, sendo 1 (2,04%) casado, 1 (2,04%) divorciado e 2 (4,08%) separados. Dos estudantes que participaram do estudo, 22 (44,90%) declararam seguir a religião Católica, 8 (16,34%) a Evangélica, 4 (8,16%) a Espírita, 4 (8,16%) declararam seguir outras religiões, 7 (14,29%) disseram não seguir nenhuma religião e 4 (8,16%) não responderam este item da pesquisa.

Quanto ao estado de origem dos estudantes, 39 (79,59%) são do Distrito Federal. São Paulo, Bahia e Minas Gerais aparecem com 2 (4,08%) representantes cada um e os estados do Rio Grande do Sul, Goiás, Tocantins e Rio Grande do Norte com um (2,04%) representante cada um. Os participantes deste estudo passaram a infância em vários estados, sendo que 38 (77,55%) deles passaram a infância no Distrito Federal. Nos estados de São Paulo, Bahia, Minas Gerais, Goiás e Rio de Janeiro 2 (4,08%) estudantes passaram a infância em cada um dos estados, enquanto que um (2,04%) estudante passou a infância na Itália.

Os estudantes deste estudo moram atualmente em diferentes regiões Administrativas do DF: 13 (26,53%) em Taguatinga, 9 (18,37%) no Plano Piloto, 5 (10,20%) em Ceilândia, 4 (8,16%) em Águas Claras, 3 (6,12%) no Guarã, 3 (6,12%) no Riacho Fundo, 2 (4,08%) em Samambaia, 2 (4,08%) no Cruzeiro. As Regiões Administrativas do Núcleo Bandeirante, Brazlândia, Park Way e Candangolândia tem 1 (2,04%) estudante morando em cada uma delas. Em Goiás mora 1 (2,04%) estudante e 4 (8,16%) estudantes não responderam este item.

4.1 Higiene corporal

Na primeira questão, cujo termo indutor era “Higiene Corporal”, os estudantes indicaram as palavras ou atributos que, na percepção deles, melhor representava o termo indutor. Foram identificados setenta e cinco atributos que, após análise, foram agrupados em oito categorias. As categorias não foram estabelecidas *a priori*, foram construídas no decorrer das várias leituras.

Produtos/equipamentos: todos os produtos, equipamentos e utensílios que são utilizados para higiene; **Partes do corpo:** todas as palavras ou expressões que fazem referência a alguma parte do corpo; **Sensações:** impressão física causada a si mesmo e ao outro; **Ambientes/locais:** espaços físicos normalmente destinados à higiene ou relacionados com ela; **Práticas higiênicas:** ações ou atitudes relacionadas à higiene pessoal, ambiental ou coletiva; **Cores:** impressão visual produzida pelos corpos e objetos; **Estereótipo:** imagem preconcebida de determinada pessoa, coisa ou situação, utilizada, principalmente, para definir e limitar pessoas ou grupo de pessoas na sociedade; **Outros:** Aqueles atributos que não se encaixaram em nenhuma das categorias anteriores.

A partir dos resultados encontrados para “higiene corporal” pode-se destacar algumas evidências: os atributos mais salientes, encontrados por meio da técnica de associação livre de palavras foram: banho e sabonete/sabão, seguidos por água, limpeza e xampu. Esses atributos referem-se a práticas higiênicas (banho), produtos (sabonete/sabão, água, xampu) e sensações (limpeza). Ainda na primeira questão foi solicitado aos estudantes que, das cinco palavras indicadas, eles selecionassem aquela que mais representava o termo indutor. As palavras indicadas como mais representativas da higiene corporal foram banho (40,82%), sabonete (12,24%) e água (10,20%). São atributos relacionados com os cuidados com o corpo.

A partir da análise dos resultados, pode-se inferir que a representação social da higiene corporal dos participantes da pesquisa vincula-se mais claramente à prática diária do banho. A relação das pessoas com a água e com as práticas de higiene corporal têm variado ao longo da história da humanidade, por exemplo, a partir de meados do século XIX, segundo Vigarello (2006, p. 94-95), “A higiene parece descobrir mais do que nunca os efeitos particulares do banho”. O banho, segundo o autor, despertava uma nova sensibilidade de conforto e beleza, representando não só a limpeza, mas um efeito cosmético, podendo ser estimulante ou relaxante, dependendo da temperatura e de produtos adicionados à água. O autor (1996, p. 188) afirma ainda que foi nessa época que houve uma cisão nas finalidades do banho: a limpeza, ou banho higiênico, deveria ser feita com água morna, enquanto a água fria servia para estimulação do corpo. Portanto, essas duas práticas tinham objetivos diferentes.

Além do banho, os estudantes também associam a higiene corporal aos signos olfativos emitidos pelo corpo. Quanto aos odores, Andrade Lima (1996, p. 83) destaca que a partir do século XIX, a ideologia da higienização foi se instalando gradativamente, ocasionando consideráveis mudanças na sensibilidade olfativa da época, submetendo os maus cheiros a um controle cada vez mais rígido, surgindo, então, uma nova etiqueta corporal fundamentada na discrição. Rodrigues (2006, p. 97) complementa dizendo que na “vida cotidiana damos enorme importância a determinados signos olfativos”, classificando os odores e os associando a uma série de aspectos sociais, como beleza, status e afirmação.

4.2 Sujo

Na segunda questão, cujo termo indutor era “Sujo”, os estudantes indicaram as palavras que, na percepção deles, melhor representavam esse termo. Após a leitura das palavras evocadas identificamos 108 atributos que, após análise, foram agrupados em dezesseis categorias: **Seres Vivos**: todos os seres que têm vida (mosca e porcos); **Sensações**: impressão física causada a si mesmo e ao outro (nojento); **Ambientes/locais**: espaços físicos normalmente destinados à higiene ou relacionados com ela (esgoto); **Detritos/Excretas**: todos os resíduos ou excreções corporais ou ambientais (suor, sujeira); **Organização**: tudo que se relaciona com ordem ou desordem; **Partes do corpo**: todas as palavras ou expressões que fazem referência a alguma parte do corpo (pé); **Objetos/Coisas**: tudo que se oferece à vista ou afeta os sentidos e que não tem vida (roupa suja); **Odores**: tudo que se relaciona ao olfato, exalando cheiro bom ou ruim (fedor); **Saúde/Doença**: tudo que se relaciona ao bom (mau) funcionamento do organismo (doença); **Estereótipo**: imagem preconcebida de determinada pessoa, coisa ou situação, utilizada, principalmente, para definir e limitar pessoas ou grupo de pessoas na sociedade (morador de rua); **Produtos/equipamentos**: todos os produtos, equipamentos e utensílios que são utilizados para higiene; **Estética**: tudo que se relaciona com o belo (feio); **Situação Econômica**: tudo que se relaciona à condição financeira das

pessoas ou grupos sociais; **Atitudes/ Ações:** normas de procedimento de pessoas ou grupos sociais em determinadas situações (preguiça); **Cores:** impressão visual produzida pelos corpos e objetos (marrom); **Outros:** aqueles atributos que não se encaixaram em nenhuma das categorias estabelecidas.

Ainda na segunda questão foi solicitado aos estudantes que, das cinco palavras indicadas, eles selecionassem aquela que mais representava o termo indutor. As palavras indicadas como mais representativas de sujo são: lixo (18,37%), fedor (12,24%), doença (6,12%), esgoto (6,12%), suor (4,08%). A partir dos resultados pode-se fazer algumas análises e destacar algumas evidências. Os atributos mais salientes, encontrados por meio da técnica de associação livre de palavras, foram: lixo e fedor, seguidos por doença, suor, marrom e terra. Esses atributos referem-se a detritos/excretas (lixo, suor, terra), cor (marrom), odor (fedor) e doenças.

Para os alunos iniciantes, o sujo está vinculado ao que eles veem ou sentem na presença do que consideram como sujeira, destacando-se como atributos mais salientes o “lixo”, o “mau cheiro”, o “suor”, as “doenças”. Douglas (1976, p. 50-51) afirma que a sujeira, que ela denomina de impureza, é constituída de elementos repelidos pelos sistemas ordenados pela sociedade. Ela nunca é um fenômeno único, isolado. Está sempre acompanhada de um sistema de organização, de ordem simbólica, que classifica e condena qualquer objeto, ideia ou pessoa que contradiz a ordem estabelecida. Afirma ainda que, somente a partir de meados do século XIX, após a descoberta das bactérias patogênicas, a sujeira se associou às doenças. Para a autora (p. 93) a sujeira “é uma questão de estética, de higiene ou de etiqueta; não é grave desde que não provoque qualquer embaraço social”.

Nessa mesma linha de raciocínio, Rodrigues (1995, p. 84) nos lembra que a sujeira, simbolicamente, representa perigo, devendo, portanto, ser evitada. Ela representa “uma mistura de elementos pertencentes a categorias” que deveriam ser mantidas isoladas para evitar a contaminação. A sujeira é algo que destoa em um sistema de classificação estabelecido culturalmente, visto que ela desorganiza o ambiente, dando a impressão de que as coisas estão fora do lugar. Portanto, eliminar a sujeira é colocar cada coisa em seu devido lugar. Como consequência, os limites dessa classificação são considerados sujos e, por isso, as roupas, as mãos, os pés e os orifícios corporais merecem uma atenção especial.

Outros resíduos, segundo os estudantes, que também representam perigo e ameaçam a ordem são as secreções produzidas pelo corpo humano: suor, fezes e urina. Jodelet (2005, p. 303) comprovou isso em sua pesquisa sobre a representação social da loucura, em que há uma nítida separação dos utensílios usados pelo doente por medo do contágio, visto que acreditavam que as secreções emanadas pelos corpos dos doentes poderiam transmitir a loucura às pessoas sadias.

4.3 Limpo

Na terceira questão, cujo termo indutor era “Limpo”, os estudantes indicaram as palavras ou atributos que, na percepção deles, melhor representavam o termo indutor. Após a leitura das palavras evocadas, 103 termos foram agrupados em dezessete categorias. **Produtos/ Equipamentos:** todos os produtos e equipamentos utilizados para higiene pessoal, coletiva ou ambiental; **Sensações:** impressão física causada a si mesmo e ao outro; **Ambientes/loais:** espaços físicos normalmente destinados à higiene ou relacionados com ela; **Práticas Higiênicas:** ações ou atitudes relacionadas à higiene pessoal, ambiental ou coletiva; **Organização:** tudo que se relaciona com ordem ou desordem; **Partes do corpo:** todas as palavras ou expressões que fazem referência a alguma parte do corpo; **Objetos/Coisas:** tudo que se oferece à vista ou afeta os sentidos e que não

tem vida; **Odores:** tudo que se relaciona ao olfato, exalando cheiro bom ou ruim; **Saúde/Doença:** tudo que se relaciona ao bom (mau) funcionamento do organismo; **Pessoas:** seres humanos; **Estética:** tudo que se relaciona com o belo; **Aspeto Moral:** tudo que se relaciona aos costumes ou deveres do homem para com seus semelhantes e consigo mesmo; **Detritos/Excretas:** todos os resíduos ou excreções corporais ou ambientais; **Estereótipo:** imagem preconcebida de determinada pessoa, coisa ou situação, utilizada, principalmente, para definir e limitar pessoas ou grupo de pessoas na sociedade. **Atitudes/ Ações:** normas de procedimento de pessoas ou grupos sociais em determinadas situações; **Cores:** impressão visual produzida pelos corpos e objetos; **Outros:** aqueles atributos que não se encaixaram em nenhuma das categorias estabelecidas

Ainda na terceira questão foi solicitado aos estudantes que, das cinco palavras indicadas, eles selecionassem aquela que mais representava o termo indutor. As palavras indicadas como mais representativas de limpo foram: branco, seguidos por sabonete/sabão, água, brilhante e cheiroso. Esses atributos referem-se a cor (branco, brilhante), produtos/equipamentos (sabonete/sabão, água) e odor (cheiroso).

De acordo com Le Breton (2006, p. 55), é preciso considerar, não apenas as ações do corpo, mas também o campo sensorial, o qual varia de uma cultura para outra e até de uma classe social para outra. Há uma diferença na maneira de interpretar sensorialmente o mundo, visto que a configuração dos sentidos “são de natureza não somente fisiológica, mas também social”. O autor enfatiza ainda que cada sociedade “elabora seu próprio repertório sensorial como universo de sentido”, com isso, certos sinais corporais fogem totalmente do controle ou da vontade do indivíduo, visto que pertencem à dimensão social e cultural. “A cada instante decodificamos sensorialmente o mundo transformando-o em informações visuais, auditivas, olfativas ou gustativas”, as quais variam “de acordo a sensibilidade e os acontecimentos que marcaram a história pessoal” de cada um.

Rodrigues (2006, p. 98) complementa essa ideia ao afirmar que em nossa sociedade enfatizamos mais o sentido da visão, visto que “precisamos ver para crer”, escrever para não esquecer o que ouvimos e utilizamos expressões como “visionário” e “vidente” quando nos referimos às pessoas arrojadas; dizemos que os olhos são as janelas da alma; chamamos os sábios de “iluminados”; quando nos despedimos de alguém dizemos “até a vista”; quando gostamos de alguém, essa pessoa é “bem vista”. Também utilizamos “visão de mundo”, “pontos de vista”, um caso pode ser “obscuro”, uma solução pode ser “brilhante”.

Segundo Vigarello (1996, p. 252) essa predominância da visão sobre os outros sentidos não é recente. Já no século XVII, embora a rejeição pela água predominasse, a limpeza referia-se “às zonas escondidas do corpo”, o que parece paradoxal, visto que isso aumentava o papel do olhar, da aparência. O visível era representado pela troca da roupa branca, a qual substituíu o banho. Portanto, a limpeza valorizava o visível. Nos séculos seguintes, a representação da limpeza foi sendo modificada, com a emergência de outros valores, como a saúde e o vigor.

Ainda segundo o autor, no século XIX, com a descoberta dos micróbios, destaca que a limpeza se torna menos “palpável”, visto que se tratava de uma limpeza do “invisível”. Essas mudanças no padrão de limpeza, vagarosamente construídas, “dão ao corpo uma vigilância eminentemente social”.

Atualmente, segundo Bueno (2007, p. 76) “os brasileiros adoram tomar banho”. Com isso o mercado de produtos de higiene pessoal tem crescido nas últimas décadas, fazendo com que no Brasil (segundo pesquisa do Ibope em 2001) o sabonete está presente em 98% dos lares, o xampu em 80% e o desodorante em 63%. Essa pesquisa ainda mostrou que o Brasil é “o segundo consumidor

mundial de desodorante, o terceiro em produtos para o cabelo e o quarto em pastas de dentes”. O autor nos lembra ainda que embora uma pesquisa realizada pelo Datafolha (maio de 1996) tenha indicado que 97% da população brasileira toma banho todos os dias, 2% se banhem de quatro a seis vezes por semana e 1% toma de um a três banhos a cada sete dias, não se pode afirmar que o brasileiro é o povo mais asseado do mundo. Isso porque, “apesar do hábito do banho estar enraizado na cultura e no comportamento nacionais, urinar nas ruas, não lavar as mãos antes das refeições e depois de ir ao banheiro, também constituem costumes genuinamente brasileiros”.

A grande maioria dos estudantes pesquisados associa a limpeza à cor branca. Essa associação não é recente, visto que já no século XVII, segundo Vigarello (1996, p. 70), a brancura da roupa de baixo indicava a limpeza de quem a usava. O branco indicava uma limpeza do interior, permitindo evocar o mais íntimo da pessoa. Para o autor, o branco “torna parcialmente visível aquilo que não se vê”. Em uma época em que a água era evitada, a brancura da roupa de baixo tinha um duplo significado: o de evitar a presença da transpiração e o do olhar do outro que avalia pelo brancor dessa roupa.

Rodrigues (2006, p. 106) complementa essa ideia ao afirmar que a cor branca, tradicionalmente, está associada à limpeza, por isso ela aparece nos banheiros, hospitais, consultórios, utensílios de cozinha. Só muito recentemente que se começou a substituir o branco por outras cores “que sujam menos”. Na realidade, a sujeira é a mesma, independente da cor, visto que os micro-organismos podem se alojar em qualquer cor, mas simbolicamente, no branco eles aparecem mais. À medida que se substitui a cor branca por outras cores, a atenção para com a limpeza diminui, pois se as cores “sujam menos”, não é preciso limpar constantemente.

Outro atributo indicado, para representar o limpo, foi o bonito. Vigarello (2006, p. 171-172) ressalta que nos anos 1950-1960, o hedonismo e o lazer sobressaíram, alavancando o consumo de produtos do universo estético, com modelos mais acessíveis e mais concretizáveis. O corpo se tornou o “mais belo objeto de consumo”, alicerçado na dinâmica da igualdade, permitindo que todos tivessem acesso a esses produtos. Essa generalização da beleza provocou uma revisão na representação do corpo. As estrelas de cinema do pós Segunda Guerra serviram de modelo para a renovação do registro estético, tanto no vestuário quanto no comportamento, fazendo com que as mulheres, ao usarem os produtos indicados pelas estrelas, também tivessem a sensação de liberdade.

A partir de 1960, com o aumento da publicidade nas revistas, o peso do visual se ampliou, conforme afirma o autor (p. 173-174), “Com a profusão da imagem, a cultura generalizada das revistas”, impôs um outro personagem: o manequim ou modelo fotográfico, que passa a ditar os rumos da beleza. Com essa massificação, as vendas de produtos de beleza na França, quadruplicaram de 1965 a 1985, a dos cosméticos duplicaram de 1990 a 2000 e o número de salões de beleza sextuplicou de 1971 a 2001. Esse crescimento nas vendas de produtos e serviços, ligados à estética, teve como consequência uma revolução nas aparências, visto que encobriu a visibilidade das distâncias sociais. Com o uso dos cosméticos ao alcance de todas, “o luxo se democratiza” e já não é mais possível reconhecer a mulher do povo, que passou a comprar produtos de beleza, a se maquiar e a se cuidar tanto quanto as mulheres da elite.

Quanto às sensações provocadas pela limpeza, destaca-se o bem estar e a pureza. Para Vigarello (2006, pp. 184-186) o bem estar tornou-se, na atualidade, princípio de embelezamento. O mercado da estética busca oferecer produtos que façam com que as pessoas se sintam bem e em harmonia com o próprio corpo. Buss (2000, p. 174) complementa que para “a nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença”.

Rosa (2006, p. 4-5) afirma que “a modernidade disciplinou o homem fazendo com que ele aceitasse e buscasse os ideais de beleza, limpeza e de ordem”. A autora ainda complementa que a ideia de ordem está diretamente ligada à pureza, limpeza e higiene.

Uma ‘ordem’ que fornece estabilidade num universo pensado em termos de projeto e progresso. Num universo linear, a “ordem” pode garantir certa proteção contra o acaso e mantém a fé nas probabilidades. Uma ideia – ‘ordem’ – que sempre existiu nas sociedades em todas as épocas. Contudo, aliada ao universo linear e progressivo da modernidade, passou a ocupar um lugar de destaque nesse mundo disciplinar (...)

Enquanto arrumamos a casa, organizamos os livros na estante ou limpamos o ambiente ao nosso redor, estamos tentando manter um padrão que garante a nossa identidade na sociedade, a qual classifica e ordena, continuamente, os seus elementos.

A maioria dos estudantes, 87,75% do Grupo I (iniciantes) considera-se limpos. As principais justificativas fornecidas por eles foram: são limpos porque fazem a higiene pessoal regularmente, tomam banho, cuidam do ambiente onde moram e cuidam do corpo. Verifica-se que as respostas demonstram cuidados com o corpo e com o ambiente. Para Silva (1999, p. 9) é paradoxal que, em uma sociedade altamente racional, onde ainda predominam as atividades mentais, haja um grande interesse por tudo que diz respeito ao corpo, principalmente “à aparência a ser apresentada em público”. Concordando com essa ideia, Le Breton (2006, p. 87) afirma que “a preocupação com a aparência, a ostentação, o desejo de bem estar” faz com que as pessoas se empenhem nos cuidados com a alimentação e a saúde.

5. CONCLUSÕES

Ao longo deste estudo procurou-se conhecer qual é a representação social da higiene corporal, construída pelos estudantes de licenciatura do curso de ciências biológicas. Para tanto, foi preciso verificar qual é a percepção de sujo e limpo que esses estudantes têm, visto que a higiene corporal está diretamente relacionada a esses termos. Também foi possível identificar a concepção de corpo que os estudantes elaboram, do seu próprio corpo e do corpo do outro.

Visou mostrar também que a higiene corporal tem um caráter polissêmico, visto que pode assumir diferentes significados, ora se refere às práticas higiênicas, ora a aspectos morais, ora a traços de personalidade, podendo, ainda, sofrer transformações com o passar dos tempos. Isso ocorre porque as práticas de higiene são cultural e socialmente concebidas, variando, portanto, de acordo com a época, mentalidade e sensibilidade dos povos, eventos emergenciais, e outros fatores que possam desencadear mudanças na representação.

Nesta pesquisa considerou-se que as representações sociais dos licenciandos em ciências biológicas, a respeito da higiene corporal, por eles construídas, estão associadas mais aos aspectos estéticos e aos padrões de beleza vigentes, que aos cuidados com a saúde, pois é isso que foi socialmente instituído. E nessa mesma perspectiva, a representação desses estudantes, em relação ao sujo e ao limpo, também está associada aos padrões estéticos e na relação ordem/desordem. Essa suposição foi confirmada, visto que, para os iniciantes do curso o “banho” se localiza no núcleo central da representação social de higiene corporal, dando assim significado à representação.

Neste estudo também ficou evidenciado que, na percepção dos estudantes, a limpeza está relacionada com a organização. Esta relação entre limpeza e organização se faz presente nas respostas dos participantes da pesquisa, quando destacam como exemplo de algo limpo, um quarto ou casa arrumados e a organização dos espaços que freqüentam. Também destacam como exemplo do sujo, a bagunça e a desordem. Para os estudantes pesquisados, a representação da sujeira e da limpeza pode assumir diferentes significados: ora eles se referem a aspetos morais, ora a traços de personalidade e ora ao ambiente.

Os resultados obtidos neste estudo indicam que para os licenciandos do curso de ciências biológicas, as representações de higiene corporal, sujo e limpo estão mais centradas nos aspetos visíveis e sentidos por eles e no que os outros percebem, do que nos aspetos relacionados à saúde individual ou coletiva. A presença de elementos que expressam aspetos morais, ideológicos e traços de personalidade indica que os termos sujo e limpo, são polissêmicos, visto que permitem distintas significações, dependendo da história de vida de cada sujeito e das informações veiculadas no meio social em que eles estão inseridos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Abric, J-C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In: A.S.P. Moreira & D.C. de Oliveira (Orgs). Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB Editora. 27-38.
- (2) Almeida, A.M.O. (2001). A pesquisa em representações sociais: fundamentos teórico metodológicos. *Ser social*, 9. 129-158.
- (3) Andrade Lima, T. (1996). Humores e Odores: ordem corporal e ordem social no Rio de Janeiro, século XIX. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos* II (3). Rio de Janeiro. Nov. 1995 – fev. 1996.. 44-96
- (4) Aragão, R.M.R.; cerri, Y.L.N.S.; schnetzler, R.P. (Orgs.). (2000). Modelos de ensino: corpo humano, célula, reações de combustão. Piracicaba: UNIMEP/CAPES/PROIN.
- (5) Brasil. (1998). Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: ciências naturais/Secretaria de Educação Fundamental. – Brasília: MEC/SEF, 1998.
- (6) Bueno, E. (2007). Passado a limpo: história da higiene pessoal no Brasil. São Paulo: Gabarito.
- (7) Buss, P.M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v. 5, n 1, 163-177.
- (8) Douglas, M. (1976). Pureza e perigo. São Paulo: Perspectiva.
- (9) Heller, A. (1977). Sociologia de la vida cotidiana. Barcelona, Península.
- (10) Jodelet, D. (2005). Loucuras e representações sociais. Prefácio de Serge Moscovici. Tradução de Lucy Magalhães, Petrópolis, RJ: Vozes.
- (11) Le Breton, D. (2006). A sociologia do corpo. Tradução de Sonia M.S.Fuhrmann. Petrópolis, RJ: Vozes.
- (12) Moriau, D. (1977). Le corps medicalise. Quel corps? Paris: Les Editions de La Passion. 128-145.
- (13) Moscovici, S. (1978). A representação social da psicanálise. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar.
- (14) Tradução do inglês por Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes.

- (15) Rodrigues, J. C. (1995). Higiene e ilusão. Rio de Janeiro. NAU.
- (16) Rosa, S.O. (2006). Da violência, da pureza e da ordem. Revista Urutágua – revista acadêmica multidisciplinar (Cesim-MT/DCS/UEM), Maringá, PR, n. 9, abr./mai./jun./jul.
- (17) Sacristán, J. G. (1999). Poderes Instáveis em Educação. Trad. Beatriz Affonso Neves. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- (18) Silva, A.M. (1999). Elementos para compreender a modernidade do corpo numa sociedade racional. Cadernos CEDES, vol.19, n.48, Campinas, SP: Agosto.
- (19) Souza, N.G.S.; camargo, T.S. (2009). O corpo no ensino de ciências: serão possíveis outras abordagens? In: VII Encontro Nacional de Pesquisas em Educação em Ciências, UFSC: VII ENPEC, 8 a 13 nov. Consultada em novembro, 2009, em <http://www.foco.fae.ufmg.br/conferencia/index.php/enpec/viiienpec/paper/viewFile/671/319>
- (20) Vigarello, G. (1996). O limpo e o sujo: uma história de higiene corporal. Tradução Mônica Stahel. São Paulo: Martins Fontes.

PERCEÇÃO DE ADOLESCENTES COM 16 E 17 ANOS DE IDADE FACE AO ATENDIMENTO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM: URGÊNCIA DO CHTV, EPE

PERCEPTION OF TEENS WITH 16 AND 17 YEARS OF AGE TO FACE CARE TEAM NURSING: THE URGENCY CHTV, EPE

António Manuel¹

¹Urgência Pediátrica Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE / antonyofernandes@sapo.pt

RESUMO

A Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Viseu, desde 1 de setembro de 2009, alargou a idade de atendimento dos adolescentes para os 18 anos. Esta ampliação da idade de atendimento, à semelhança de outras unidades de pediatria nacionais, originou inadequações e inaptações, quer estruturais quer em termos de recursos humanos, concretamente na organização e prestação de cuidados de Enfermagem.

São objetivos deste estudo analisar a perceção que os adolescentes têm da equipa de enfermagem da urgência pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu EPE, no sentido de promover a adequação da intervenção desta a este grupo etário. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório - descritivo. Os dados foram recolhidos através de uma entrevista semiestruturada, aplicada a todos os adolescentes com 16 e 17 anos de idade, que recorreram ao serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu no período de 20 a 27 de agosto de 2011. Os entrevistados reconhecem a necessidade de uma assistência diferenciada aos adolescentes por parte dos enfermeiros; generalizam as suas funções, apontando como principal função dos enfermeiros a ajuda ao médico; referem que os enfermeiros que os acompanham, contínua e diretamente, não são diferentes de outros técnicos de saúde. No que concerne aos cuidados prestados pelos enfermeiros, relatam que estes executam cuidados técnicos e referem nunca lhes ter sido solicitado o consentimento informado escrito e esporadicamente o oral. Emerge também neste estudo a necessidade dos enfermeiros demonstrarem não apenas aperfeiçoamento técnico e científico, mas também uma atitude humana e sensibilidade para atuar com estes adolescentes.

Palavras-chave: *Perceção, Adolescentes, Enfermagem e Urgência Pediátrica*

ABSTRACT

Since September 1st, 2009, the pediatric emergency room at the Viseu Hospital Complex has extended its medical care to adolescents up to the age of 18. This broadening of the age range, as happens in other national pediatric services, has revealed several inadaptations and inadequacies on both structural and human resource level, mainly in the organization and providing of nursing care. This study aims at analyzing the perception adolescents have on the nursing team of the pediatrics

emergency room at the Tondela Viseu EPE Hospital Complex, in an attempt to promote an adequate intervention of the team on this specific age group. This is qualitative descriptive-exploratory study. The data was collected through semi-structured interviews, applied to all adolescents in the age range of 16-17 that attended the pediatric emergency room at the Tondela Viseu Hospital Complex between 20 and 27 August 2011. The interviewees agree that there is a need for a differentiated medical assistance to the adolescents by the nursing teams. In their point of view the nurses' main goal is supporting doctors work. They also mention that the nurses that assist them continuous and directly don't differentiate them from other technical staff. In what concerns medical care, adolescents reveal that they are not asked for any written or oral consent to any medical care executed. This study also the need for the nurses to improve not only their technical and scientific knowledge, but also their humane nature and sensitivity in dealing with these adolescents.

Keywords: *Perception, Adolescents, Nursing, Pediatric Emergency*

1. INTRODUÇÃO

O conceito de Pediatria está a mudar, comparativamente a anos anteriores. Uma das mais recentes alterações foi o alargamento da idade pediátrica até aos 18 anos por parte dos serviços de pediatria, como acontece, desde 1 de setembro de 2009, com o Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE. Esta ampliação da idade de atendimento, semelhante às de outras unidades de pediatria nacionais, originou inadequações, inaptações, quer estruturais, quer em termos de recursos humanos e materiais. Para Fonseca (2005), a urgência apresenta limitações para os jovens deste grupo etário, quer ao nível do espaço físico quer no que se refere aos profissionais. Paralelamente a estas mutações, a função do enfermeiro que trabalha em pediatria tem sido objeto de várias opiniões sobre a natureza dos cuidados que presta a esta facha etária. O contexto em que a enfermagem pediátrica desenvolve o seu trabalho, na atualidade, é diferente em relação ao de há alguns anos atrás, pois hoje, não é só aquela criança pequena ou grande, totalmente dependente dos cuidados do enfermeiro e/ou da família, mas é necessário acolher também aquele adolescente, próximo da maior idade.

A opinião do utente é considerada indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados e, também, na reorganização dos serviços de saúde (Mcintyre, 2002).

Neste contexto, entendemos ser pertinente desenvolver um estudo que abordasse a perceção de adolescentes de 16 e 17 anos de idade, face ao atendimento da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu.

Questionamo-nos então: qual a perceção dos Adolescentes de 16 e 17 anos sobre a equipa de enfermagem da Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu? Será que a intervenção da equipa de enfermagem no Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu é adequada ao grupo etário dos 16 e 17 anos de idade? Em que medida a equipa de Enfermagem da Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu pode melhorar na abordagem aos adolescentes com 16 e 17 anos de idade?

De forma a respondermos a estas questões, traçámos como objetivo geral analisar a perceção que os adolescentes 16 e 17 anos de idade têm sobre a equipa de enfermagem do Serviço Urgência Pediátrica Centro Hospitalar Tondela Viseu. Em consonância com o objetivo geral, delineámos os

seguintes objetivos específicos: Caracterizar o contexto sócio-demográfico e de admissão que leva os adolescentes a recorrerem ao UP-CHTV e relacioná-los com a percepção que os adolescentes de 16 e 17 anos de idade têm sobre a equipa de enfermagem do Serviço Urgência Pediátrica Centro Hospitalar Tondela Viseu; indagar sobre a relação existente entre as variáveis de contexto sócio-demográfico e a percepção que os adolescentes de 16 e 17 anos de idade têm sobre a equipa de enfermagem do Serviço Urgência Pediátrica Centro Hospitalar Tondela Viseu; descrever a relação existente entre as variáveis de admissão e percepção que os adolescentes 16 e 17 anos de idade têm sobre a equipa de enfermagem do Serviço Urgência Pediátrica Centro Hospitalar Tondela Viseu.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Tendo em consideração o problema de investigação, realizámos um estudo qualitativo, exploratório-descritivo. Esses métodos permitem uma compreensão mais ampla e um *insight* mais profundo a respeito dos comportamentos humanos complexos do que os talvez obtidos em exames ou outras medidas lineares de percepções (Wood & Haber 2001).

A população deste estudo é composta por todo os adolescentes com 16 e 17 anos de idade que ocorrem à urgência pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu. Através de uma amostragem por conveniência, a amostra deste estudo é constituída pelos adolescentes de 16 e 17 anos de idade que ocorreram ao serviço de urgências pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu no período de 20 a 27 de agosto de 2011.

A colheita de dados foi realizada em agosto de 2011, após o consentimento da referida instituição. Como instrumento de colheita de dados, seleccionámos a entrevista semiestruturada. Segundo Fortim (2009, p.249), “a entrevista é frequentemente utilizado nos estudos exploratórios-descritivos (...), é de utilização geral em quase todos os setores da população (...) e inclui taxas mais elevadas de respostas que as obtidas pelo questionário (...) a entrevista semiestruturada apresenta uma lista de temas a cobrir, formula questões a partir destes temas e apresenta-os ao respondente segundo uma ordem que lhe convém”, garantindo assim colher informação, junto dos participantes, relativa a factos, ideias, preferências sentimentos, expectativas e outros, e no final todos os temas são abordados e respondidos por cada elemento entrevistado, não ficando temas por responder.

A entrevista foi constituída por três secções:-Secção A- são colhidos os dados que irão permitir fazer uma caracterização sócio demográfica e escolar da população através de sete perguntas fechadas e três perguntas semiabertas, e do nível sócio-económico dos pais ou encarregados de educação, com a aplicação do índice de Grafar; -Secção B- com três perguntas fechadas, proporciona a colheita de dados relativos ao motivo de ida à urgência;-Secção C- pretende identificar a percepção de adolescentes de 16 e 17 anos de idade, face ao atendimento da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu, através de cinco perguntas abertas. A entrevista realizou-se somente num momento, variou entre 10 e 14 minutos. Para a realização da entrevista elaboramos um guião e fizemos registos escritos e gravados com o auxílio de um mp3 e, posteriormente, armazenadas em CD-ROM, com a autorização dos entrevistados. Para garantir o anonimato dos sujeitos, os mesmos foram denominados por letras e números, escolhidos de forma aleatória. Na aplicação da entrevista, foram tidos alguns pré-requisitos essenciais, que dizem respeito às características do entrevistador e do adolescente; características do espaço e tempo; pré-requisitos para a relação / comunicação com o adolescente e pedido de autorização para a sua gravação, que foram baseados nos princípios gerais da Entrevista ao Adolescente, descritos nos Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos

Enfermeiros (2010). Os dados foram colhidos até que se fosse atingido um ponto de saturação das respostas. Esse ponto foi alcançado quando realizadas dez entrevistas.

Após a colheita de dados, as entrevistas foram transcritas literalmente pelas autoras, e, a partir de leituras extensivas e intensivas, pesquisou-se uma imbução dos conteúdos, na tentativa de abstrair as mensagens importantes que se apresentavam implícitas.

Após a leitura dos depoimentos, elegemos as categorias temáticas, com base no método de análise de conteúdo, mediante as leituras dos depoimentos, associando aos objetivos pré-estabelecidos, buscando fundamentação na base teórica adotada.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A nossa amostra foi constituída por dez adolescentes com 16 e 17 anos de idade, sendo maioritariamente do sexo feminino e prevalecendo os 16 anos com sete jovens. Todos os elementos são de nacionalidade Portuguesa com exceção de um que nasceu em Inglaterra. Residem em quatro concelhos: sete jovens no concelho de Viseu; um no de Penalva do Castelo; um no de Nelas; e um no de Mangualde. No que se refere ao meio habitacional, constatamos uma distribuição equivalente. Todos os elementos do nosso estudo frequentam a escola secundária pertencente ao seu concelho, e o maior número de reprovações regista-se nos elementos com mais de um irmão.

No que se refere ao nível sócioeconómico dos pais dos elementos da amostra, a maioria situa-se nas Classes III (Classe média) e Classe-IV (Classe inferior alta), com três e quatro elementos respetivamente. Segue-se a Classe-I (Classe superior alta) com dois e a Classe-II (classe superior baixa) com um. Contudo, verificamos não haver qualquer elemento na Classe-V (classe inferior baixa).

No que respeita à situação académica, a maioria da população do nosso estudo frequenta o 12º e 11º ano (três jovens no 12º e três jovens 11º), seguindo-se o 10º ano com dois elementos, e o 8º e 9º ano com um adolescente cada. Estes dados, revelam a disparidade académica desta faixa etária. No entanto, a maioria da população com idade entre 16 e 17 anos frequenta o 11º e 12º ano de escolaridade.

A grande parte dos entrevistados (nove respostas) pretendem frequentar e terminar a universidade e somente um responde que não sabe. Neste cenário, apenas dois dos elementos da nossa amostra não conseguem idealizar uma profissão, tendo os outros oito referido a licenciatura que pretende atingir. Contudo, nenhum deles referenciou a mesma licenciatura.

Os adolescentes entrevistados frequentam escolas da cidade onde foi aplicada a entrevista (três na Emídio Navarro, dois na Alves Martins, um na Viriato e um na Escola Profissional Mariana Seixas). Os outros três elementos repartem-se equitativamente pelas escolas secundárias de Mangualde, Canas de Senhorim, Penalva do Castelo, correspondendo um a cada escola. Estes resultados confirmam que todos os jovens da nossa amostra frequentam uma escola do concelho onde residem.

A maioria transitou sempre de ano escolar (seis elementos): dois repetiram um ano e outros dois repetiram três anos.

Ao compararmos o nível sócio económico com o número de reprovações, podemos concluir que os elementos que registaram reprovações encontram-se no nível sócio económico III e IV respetivamente, cada com dois elementos. Todos têm irmãos e os que apresentaram maior número de reprovações têm mais que um irmão.

Relativamente às Variáveis de admissão, dos dez elementos da nossa amostra somente um foi referenciado do Centro de Saúde, tendo os restantes recorrido ao Serviço de Urgência Pediátrica do

Centro Hospitalar Tondela Viseu, sem passar em qualquer outro serviço de saúde, o que nos leva a concordar com Fonseca (2005) quando refere que nesta faixa persiste subaproveitamento das unidades de cuidados primários e consequente satisfação de cuidados de saúde ao nível dos serviços de urgência. Os motivos de recorrência à unidade onde ocorre o estudo é diversificada: Lipotímia, Picada inseto, Grande traumatismo, Queda, Dor de garganta, Estilismo, Toracalgia, Vômito e Dor abdominal. Perante esta diversificada patologia que recorre ao serviço de Urgência Pediátrica, somos levados a concordar com o que diz Tacsí, Y. & Vendruscolo, D., (2004, p. 478 citando Pavelqueires, 1997), “os profissionais de saúde que atuam nas unidades de Urgência/emergência devem receber treinamento específico, tanto técnico e científico, quanto uma educação continua voltada para o autoconhecimento, o que exige deles domínio de suas próprias emoções e conhecimentos de seus limites e de suas potencialidades”. Relativamente ao número de vezes vindas à urgência, oito referiram que não era a primeira vez. Destes, três vinham pela segunda vez, dois pela segunda vez e três mais que quatro vezes. Podemos também constatar que os elementos que se encontram no nível sócio económico III foram os que ocorreram mais vezes à urgência Pediátrica e a todos foi-lhe atribuída a prioridade 3.

Quando perguntamos aos adolescentes do nosso estudo: “O que é que pensastes quando te apercebeste que tinhas que recorrer ao Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu?”, podemos constatar que cinco das respostas referiram ter sentido pelo menos um medo e quatro não sentiram qualquer medo. Desta análise, podemos referir que o enfermeiro, que trabalha neste serviço de urgência, tem que estar preparado para minimizar os medos dos adolescentes, de forma a que o medo não maximize/confunda a sintomatologia que o traz à Urgência Pediátrica, uma vez que conforme diz Opperman & Cassandra (2001, p.175), “a maioria dos serviços de saúde é ameaçador para os adolescentes que procuram a sua identidade”.

No que se refere à Sub-categoria motivação, os adolescentes depositam no serviço em causa grande esperança, como lugar que reverte a situação de doença aguda, pois a unidade mais elegida com sete respostas foi “de me curarem, reverter a causa”, contra uma “ser mais rápido que outro serviço”. Dois dos elementos não abordaram este tema. De certa forma, o observado vai de encontro ao referido por Fonseca (2005) e ao que diz Freira & Caturra (2004), que os adolescentes ao recorrerem ao serviço de urgência, fazem-no porque consideram que este é um meio de acesso fácil aos cuidados de saúde que lhes proporciona anonimato, flexibilidade no horário de atendimento e rapidez na resolução dos problemas.

Quanto à acessibilidade ao Serviço de Urgência Do Centro Hospitalar Tondela Viseu, pode-se concluir que a nossa amostra considera-o acessível, uma vez que todos os elementos com condições de resposta remeteram-se para a unidade de análise “Muito acessível (rápida)”.

Os elementos da nossa amostra caracterizam os enfermeiros como “Simpáticos”, “amigos”, “dedicados” e “competentes”. Relativamente à função dos enfermeiros percebida pelos adolescentes entrevistados, verificamos sete respostas na unidade de análise “acompanhamento direto e contínuo do doente”, cinco na “ajudante do médico”, quatro na “tratar Doentes” e duas na “não os diferencia dos outros profissionais. Esta generalização das funções dos enfermeiros poderá demonstrar como a sociedade vê os enfermeiros: um profissional subordinado e não autónomo, que vai contra as competências do enfermeiro referidas pela Ordem dos Enfermeiros, Artigo 9º (2003) “1 – As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes”.

No que se refere à adequação da equipa de enfermagem ao grupo etário em questão, podemos verificar algumas inadequações: quatro dos adolescentes do nosso estudo sugerem que esta fase do ciclo vital deve ter uma assistência diferenciada das crianças; um refere-se mesmo contra os

bonecos que as enfermeiras trazem na farda; um diz que foi vítima de juízos de valor por parte da equipa de enfermagem; só cinco é que referem que lhes foi pedido o consentimento informado oral, não havendo qualquer referência ao pedido escrito, desrespeitando o seu Código Deontológico Ordem dos Enfermeiros, Artigo 84º.

Contudo, e segundo as respostas dos jovens do estudo, os enfermeiros da Urgência Pediátrica dão grande importância à preparação e esclarecimentos antes de efetuarem qualquer ato de enfermagem (oito respostas referem que lhes foram dadas explicações ou esclarecimentos dos cuidados a serem prestados). Se por um lado os elementos do estudo estão de acordo que o numero de enfermeiros por turno é suficiente, no que se refere ao sexo dos enfermeiros há uma discrepância, pois os rapazes pretendem que o numero de enfermeiros do sexo masculino seja aumentado, enquanto o sexo feminino não manifesta pretensões de alterações, referindo que “está bem assim”.

No que se refere às medidas de melhoria na abordagem da equipa de enfermagem a esta fase do ciclo vital, os adolescentes acabaram por caracterizar os cuidados prestados pela equipa, embora sugerissem, conforme já referido, uma abordagem diferenciada das crianças, que o vestuário dos enfermeiros não deveria contemplar bonecos ou outra simbologia alusiva a faldas etárias inferiores ao seu grupo etário. No entanto, os adolescentes, tal como relata Fonseca (2005), referem que a conciliação de que esta farda etária tem necessidades específicas e especiais leva os profissionais a especializarem-se nesta área tal como acontece com outras fases do ciclo vital.

4. CONCLUSÃO

Ao enveredar por um estudo desta índole, várias foram as dificuldades sentidas, pois o tipo de estudo foi complexo, pela escassez de estudos nesta área e abordagem de população que se impunha. Das dificuldades relacionadas com a análise de conteúdo, realçamos a de não termos optado por um programa informático que auxiliasse na análise de conteúdo, o facto de a nossa amostra ser diminuída, a possibilidade de os entrevistados poderem responder numa questão a várias sub-categoria e à forma lacónica com que os adolescentes responderam à entrevista. Estes contratempos conduziram a um numero reduzido de unidades de análises.

Apesar de tudo, essas barreiras foram ultrapassadas a seu tempo e podemos concluir que os adolescentes entrevistados generalizam as funções da equipa de Enfermagem da Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu, apontando como principal função dos enfermeiros a ajuda ao médico e cuidados técnicos; relatam que nunca lhes foi solicitado o consentimento informado escrito e esporadicamente o oral; não diferenciam os enfermeiros dos outros técnicos e reconhecem a necessidade de uma assistência diferenciada aos adolescentes por parte desta equipa. Emerge também deste estudo que não há grande relação entre as variáveis sociodemográficas e de admissão com a variável central: perceção dos adolescentes. No entanto, conseguiu-se responder às questões de investigação levantadas.

Neste sentido, propomos que os enfermeiros da Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu participem e realizem cursos na área da Adolescência e das relações interpessoais, uma vez que estes, para além de aspetos relacionados com atualização/especificação e reflexão sobre a prática, incorporam um público heterogéneo de profissionais, que permite a troca de opiniões/experiências e conhecimentos. Propomos também que num futuro próximo seja realizado um estudo que investigue a adequabilidade dos recursos físicos da Urgência Pediátrica Centro Hospitalar Tondela Viseu a esta faixa etária.

No entanto, já nos encontramos a realizar uma supervisão crítica dos resultados em “focus group”, constituído pelas pessoas que assumem funções de Chefia do Serviço Urgência Pediatria Centro Hospitalar Tondela Viseu, com o objetivo de surgirem contributos para num futuro próximo coadjuvarem a elaboração de normas de “Boa Prática”, que promovam a adequação da intervenção da equipa de enfermagem do Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu às necessidades dos adolescentes de 16 e 17 anos que recorrem ao seu serviço.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) DECRETO- LEI Nº 111/2009 D.R. 1-A Série 180 p. 6528-6550 (16-11-2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto –Lei nº 104/98, de 21 de abril
- (2) FONSECA, Helena (2005). *Viver com Adolescentes*. 3ª edição. Lisboa: Editorial Presenças.
- (3) FONSECA, Helena (2005). *Compreender os Adolescentes*. 4ª edição. Lisboa: Editorial Presenças.
- (4) FORTIN, Marie Fabienne (2009). *O processo de investigação - da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- (5) MCINTYRE, Teresa Mendonça; PEREIRA, Maria da Graça; SILVA, Natália Sofia; FERNANDES, Susana; CORREIA, Maria José; MCINTYRE, Scott Elmes (2002). -*A Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde na Região Norte: Avaliação e Divulgação*, Porto: Edição Ministério das Cidades, *Estudo da Satisfação dos Utentes do Hospital Espírito Santo de Évora E.P.E..*
- (6) OPPERMAN, Cathleen S.; CASSANDRA, Kathleen A. (2001). *Enfermagem Pediátrica contemporânea*. Loures: Lusociência.
- (7) ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- (8) ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). Estatuto: Nova redacção conferida pela Lei nº 111/2009 de 16 de setembro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- (9) ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). *Guias Orientadores de Boas Práticas Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- (10) TACSI Y. R. C. & VENDRUSCOLO D. M. S. (2004). *A Assistência de Enfermagem no Serviço de Emergência Pediátrica*. Revista Electrónica de Enfermagem. Ribeirão Preto. 12 (3). (maio/junho 2004), p.477-484.
- (11) WOOD GL, HABER J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

PERCEÇÃO DOS JOVENS FACE À VIOLÊNCIA NO NAMORO

YOUTH PERCEPTION TOWARDS VIOLENCE IN DATING

Jorge, A. M.¹, Moreira, I.², Pacheco, M.³, Loureiro, S.⁴, Capelo, S.⁵, Dias, T.⁶

¹ Escola Superior de Saúde da Guarda/ anajorge@ipg.pt ² isabel_maria_moreira@hotmail.com

³ maspacheco14@hotmail.com ⁴ sandramcloureiro@hotmail.com ⁵ su_kida_18@hotmail.com ⁶

tania_dias25@hotmail.com

RESUMO

Na adolescência verificam-se alterações na relação do jovem com os pais, desenvolvendo-se ruturas nos elos de comunicação. Na desvinculação dos jovens com os pais, as relações com os companheiros enriquecem-se em importância e intensidade. As relações íntimas que ocorrem, nomeadamente o namoro, estabelecem um laço de segurança emocional. Sendo o namoro, um vínculo afetivo que une dois indivíduos de género diferente ou do mesmo género, precedentes de famílias distintas, e com um projeto comum, essa relação pode ser geradora de conflitos, podendo tornar-se agressiva. No entanto, qual será o limite entre o aceitável e o considerado violência no namoro? A violência no namoro é cada vez mais um tema em debate na nossa sociedade, assumindo-se como um carácter essencial para uma cidadania com maior valoração e respeito pelos direitos de cada indivíduo. A violência numa relação amorosa insere-se no conceito de violência doméstica, em que se verificam comportamentos que causam danos à/ao parceira/o, pondo em causa a sua autonomia, a sua integridade física ou psicológica e até mesmo a vida. A violência no namoro é considerada crime público punível por lei, integrando-se no quadro legal da violência doméstica. Devido à pertinência desta problemática, efetuou-se no âmbito do módulo de Investigação do 4º ano de Licenciatura em Enfermagem, com o objetivo de descrever a percepção dos jovens face à violência no namoro na. Para descrever o fenómeno, foi aplicado um questionário, pelo método de amostragem não-probabilístico acidental, considerando-se como variáveis: autoestima, estilo relacional, género, comportamento face a uma suposta violência, valoração de atos violentos e percepção da violência. Com os resultados obtidos, verificaram-se diferentes níveis de percepção em função da autoestima, do estilo relacional e do género dos inquiridos, concluindo-se que os jovens percecionam não tolerar a violência no namoro.

Palavras-chave: *Jovens, namoro, violência, percepção.*

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Coll, Marchesi e Palácios (2004), na adolescência ocorrem importantes conflitos na relação do jovem com os seus pais, verificando-se uma série de mudanças na mesma relação. Porém essas, não têm de supor necessariamente o aparecimento de conflitos graves. Os mesmos autores consideram o jovem como o indivíduo isolado em seu mundo, fechando-se à comunicação com a sua família. Ainda que possa decorrer uma clara rutura nos elos de comunicação com a família, em geral, a maioria dos adolescentes fala com os pais sobre temas que os preocupam, excetuando-se

aqueles que preferem comentar com os amigos, nomeadamente os referentes às relações sexuais ou drogas.

À medida que os jovens se vão desvinculando dos progenitores, as relações com os companheiros enriquecem-se em importância, em intensidade e estabilidade.

Na perspetiva de Cordeiro (2009), o reconhecimento científico das características evolutivas do crescimento humano e das fases de maturação sexual, juntamente com os saltos qualitativos em termos de direitos humanos, nomeadamente em relação às regras do jogo laboral, contribuíram também para que a adolescência ganhasse espaço e estatuto.

A autoestima e o estilo relacional assumem algo de extrema valoração para a sanidade mental do jovem, tal como afirma Jardim e Pereira (2006). A autoestima é definida como um processo de autoaprovação subjetiva, avaliando-se internamente o indivíduo. O conceito de autoestima pressupõe o modo como cada um se vê a si e como se julga. Quanto ao estilo relacional, Silva (2008) esclarece que a relação interpessoal diz respeito a todo o contacto estabelecido entre os indivíduos. As relações interpessoais que se estabelecem ao longo da vida, concretamente na adolescência, são bastante importantes, dado que se verificam entre os indivíduos, e estes são possuidores de características, emoções e sentimentos. Assim sendo, entende-se a importância que estes dois conceitos possuem na vida do jovem.

Em consequência da maturação cognitiva e do respetivo tempo que dedicam a falar de si próprios, os adolescentes compreendem-se melhor e apoiam-se uns aos outros, havendo maior comportamento pró-social e uma maior intimidade nas relações. O adolescente e as relações íntimas que este desenvolve, nomeadamente, o namoro, estabelecem um laço que confere segurança emocional no momento de distanciamento das relações parentais.

Para Rodrigues, Assmar e Jablonski (2002), o namoro refere-se à adesão de um indivíduo a uma relação específica, mesmo quando fatores ambientais se interpõem a essa mesma relação. Na perspetiva de Campo e Linares (2002), no namoro dispõe-se a uma partilha de um projeto em comum, mas para isso, primeiramente, há que partilhar expectativas no que diz respeito ao futuro da relação. Consideram ainda que este é um aspeto extremamente importante, que consolida a relação e a distingue de um simples relacionamento sem compromisso.

Magalhães (2006) considera que a relação entre duas pessoas é geradora de conflitos em certos momentos, podendo tornar-se agressiva em situações específicas. No entanto, essa agressividade (psicológica, física ou outra) surge em episódios que se autolimitam no tempo. Acosta (2001) citado por Magalhães (2006) adiciona ainda que brigas ou discussões entre certas pessoas, como no caso dos namorados, podem ser consideradas «normais». Mas qual é o limite entre o normal/aceitável/legal e os crimes de violência no namoro?

Conforme esclarece Dias (2004), o termo violência deriva do latim *violentia* que pode ser traduzido como qualquer comportamento ou conjunto de força, aplicação de força, vigor contra qualquer coisa ou ente. Pode dizer-se que é uso excessivo de força, além do necessário ou esperado. Porém, ela pode assumir uma forma direta ou indireta, pode implicar vários graus (ameaçar, ferir, matar), bem como pode assentar em níveis diversos, como a fé e a liberdade.

A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (s.d.) integra a violência no namoro no conceito de violência doméstica, considerando-a como qualquer conduta ou omissão de natureza criminal, reiterada e/ou intensa ou não, que inflija sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos, de modo direto ou indireto, a qualquer pessoa que resida habitualmente no mesmo espaço doméstico ou que, não residindo, seja cônjuge ou ex-cônjuge, companheiro/a ou ex-companheiro/a, namorado/a ou ex-namorado/a, ou progenitor de descendente comum, ou esteja, ou tivesse

estado, em situação análoga; ou que seja ascendente ou descendente, por consanguinidade, adoção ou afinidade.

Como referem Labrador, Rincón, Luis, Fernandez-Velasco (2004), a violência pode ser considerada em três categorias: física (conduta que implique a utilização intencional de algum instrumento de modo a incluir o risco de danos físicos, doença ou dor); psicológica (conduta com o objetivo de produzir humilhação, desvalorização ou ridicularização); sexual (qualquer intimidade sexual forçada por parte de um membro do casal, ainda que seja através de ameaças e intimidação).

No entanto, apesar da violência poder assumir estas categorias, cada indivíduo visualiza e percebe de forma distinta o conceito de violência. A percepção do mundo é diferente para cada indivíduo, cada um percebe uma situação de acordo com os aspetos que têm especial importância para si próprio. Um artigo da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade Nova de Lisboa (FCT.UNL) (s.d.) explica que cada um não vê as pessoas como elas são, vê pelo que elas significam para cada um. A mesma fonte aclara que cada indivíduo desenvolve o seu próprio conjunto de conceitos que utiliza para interpretar o comportamento dos outros. Estas preferências de conceitos estão, na maior parte das vezes relacionados com a motivação individual. Consideram também que a percepção é uma função do indivíduo, sofrendo influências não só as características pessoais, mas também do contexto social, das instituições nas quais se está integrado. Face ao exposto, compreende-se que cada jovem possua percepções divergentes acerca da problemática da violência no namoro, podendo numa suposta situação marcada pela violência tolerar ou não essa mesma posição de vítima.

Neste sentido, devido ao crescente número de vítimas de violência no namoro e à pertinência da temática, efetuou-se um estudo de investigação, com o intuito de descrever o mesmo fenómeno.

2. MATERIAL E MÉTODOS

No âmbito do módulo de Investigação em Enfermagem II do 4º ano de Licenciatura em Enfermagem, na Escola Superior de Saúde da Guarda, desenvolveu-se um estudo de investigação de carácter descritivo. De acordo com Fortin (1999), este tipo de estudo permite a descrição de um conceito relativo a uma população e o seu objetivo consiste em discriminar os fatores determinantes ou conceitos que possam estar associados ao fenómeno em estudo.

A formulação do problema de investigação consiste em definir o fenómeno em estudo, através de uma progressão lógica de elementos, relações e factos; sendo uma etapa crucial no processo de investigação (Fortin, 2009). O problema de investigação inerente ao presente estudo prende-se com a percepção que os jovens possuem acerca desta temática da violência no namoro - Qual a percepção dos jovens face a violência no namoro?

A amostra do estudo foi formada através de um método de amostragem não probabilística, acidental, correspondendo a um total de 137 estudantes do curso de Licenciatura em Enfermagem e Farmácia. Neste sentido, o objetivo do estudo foi descrever a percepção dos estudantes sobre a violência no namoro. Para descrever o fenómeno da percepção consideraram-se diferentes tipos de variáveis, pois como afirma Fortin (2009), as variáveis são consideradas as unidades de base da investigação, podendo assumir diferentes naturezas. Como variável dependente, que de acordo com a mesma autora, representa aquela que sofre o efeito de outras variáveis, considerou-se a percepção da violência. As variáveis independentes (a idade, o género, a autoestima, o estilo relacional, o comportamento face a uma suposta situação de violência no namoro e a valoração dos atos

violentos) são aquelas que são introduzidas e manipuladas, a fim de averiguar o efeito na variável dependente.

Enquadrando-se este estudo num estudo descritivo, foram definidas questões de investigação, que segundo Fortin (1999), são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação. Assim foram formuladas as questões que se seguem. O género condiciona a percepção da violência no namoro nos estudantes? O nível de autoestima dos alunos da Escola Superior de Saúde que frequentam o curso de Enfermagem é diferente do nível de autoestima dos alunos que frequentam o curso de Farmácia? O nível de autoestima apresentado pelos estudantes modifica a percepção da violência no namoro? O estilo relacional mostrado pelos estudantes interfere na percepção da violência no namoro?.

Como instrumento de colheita de dados para o presente estudo, recorreu-se ao questionário.

De acordo com Fortin (2009), o questionário corresponde ao método de colheita mais utilizado pelos investigadores, tendo por objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas sobre atitudes, crenças, sentimentos, entre outros. O questionário aplicado reflete a operacionalização das variáveis definidas anteriormente sendo constituído por três partes: a primeira com questões de ordem sócio-demográfica (idade; género; curso; ano de frequência); a segunda sobre o nível do sentimento de aceitação e apreço por si próprios (autoestima) e de ordem afetiva (estilo relacional); a terceira sobre o comportamento face a uma suposta situação de violência no namoro; a valoração e a importância que atribui a determinados atos e por último, acerca da percepção da violência no namoro. Para a operacionalização da variável da autoestima, recorreu-se à Escala de Avaliação Global da Autoestima (EAGAE) de Jacinto Jardim e Anabela Pereira, validada no ano de 2006. Esta escala apresenta oito itens, sendo que para cada um as respostas são cotadas numa escala de Likert, de 1 «nunca» a 5 «quase sempre». Para se fazer a interpretação da escala, efetua-se o somatório das respostas dadas, sendo que se obtiver uma pontuação entre 8 e 20, corresponde a uma baixa autoestima; entre 21 a 30, uma autoestima média; e valores entre 31 a 40, revelam uma autoestima elevada. Quanto ao estilo relacional, utilizou-se o Questionário do Estilo Relacional, traduzido e adaptado para Portugal em 1996, por Moreira, Aguiar, Andrez, Bernandes, Moleiro e Silva. Este apresenta trinta e três itens, sendo que para cada um, as opções de resposta são cotadas numa escala de Likert, de 0 «não tem nada a ver comigo» a 4 «tem muito a ver comigo», sendo que a partir da soma dos respetivos pontos, se pode constatar se o inquirido apresenta um estilo relacional baixo (0 a 43 pontos), médio (44 a 87 pontos) e elevado (88 a 132 pontos). Quanto ao comportamento face a uma suposta situação de violência no namoro, os inquiridos foram confrontados quanto a uma possível resposta face a um eventual caso de violência no namoro, isto é, se o elemento da amostra era capaz de abandonar a relação ou se a mantinha, identificando quais as razões para esse comportamento. Para se operacionalizar esta variável, recorreu-se a uma escala de Likert com as seguintes opções: *discordo completamente; discordo; nem concordo, nem discordo; concordo; concordo plenamente*.

Relativamente à variável da valoração dos atos violentos, esta possibilitou ter uma ideia da percepção que a amostra possui acerca da violência no namoro, revelada pela importância a que atribui a cada ação, nomeadamente: *injuriar, elevar o tom de voz frequentemente, arremessar objetos, esbofetear, provocar ferimentos*. Estes atos são avaliados pelo grau de importância, por ordem crescente, de 1 a 5. Para a variável da percepção da violência no namoro utilizou-se uma escala, constituída por afirmações que se referem à aceitação de determinadas atitudes e ações em que está implícita uma relação violenta segundo a APAV, sendo as respostas possíveis para as afirmações apresentadas: *discordo completamente; discordo; nem concordo, nem discordo; concordo e concordo plenamente*.

Para se efetuar a interpretação, uma pontuação entre 9 a 15, considera-se que o inquirido não tolera a violência, isto é, tem a percepção de que não aceitaria qualquer ato considerado como violento; 16 a 30, tolera em algumas situações, tendo a percepção de que numa suposta relação violenta não compactaria com esta prática; e de 31 a 45, tem a percepção que numa eventual situação toleraria comportamentos e atitudes enquadrados numa relação violenta.

Após a definição da estrutura do questionário procedeu-se à colheita de dados no período compreendido entre 3 e 14 de janeiro de 2011, respeitando-se as considerações éticas inerentes a um estudo de investigação.

Os dados obtidos foram analisados através do programa de tratamento estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0, sendo os resultados dos mesmos apresentados no capítulo seguinte, através de tabelas e gráficos, a fim de facilitar a percepção e compreensão dos resultados.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação formuladas. A exposição dos resultados limita-se estritamente a uma apresentação sobre a forma narrativa dos mesmos, referindo-se à amostra anteriormente considerada.

Neste sentido inicia-se assim a apresentação/análise dos dados obtidos com as variáveis atributo em estudo, curso e ano de frequência, Figura 1 e 2, respetivamente. Da amostra do estudo, 61,3% constituíam discentes do curso de licenciatura em Enfermagem e 38,7% de Farmácia, sendo que 39 inquiridos de ambos os cursos, frequentavam o 1º e 2º ano, 30 estavam matriculados no 3º ano e 29 no 4º ano.

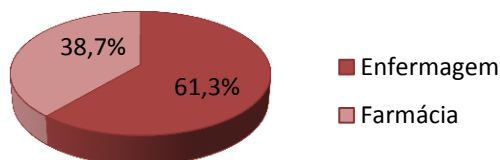


Figura 1 – Distribuição dos estudantes por Curso

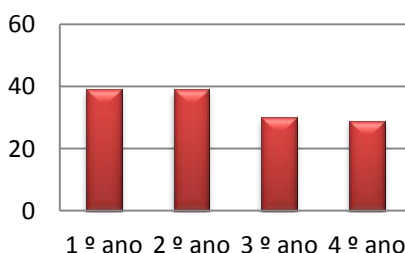


Figura 2 – Distribuição dos estudantes por ano de frequência

A idade dos estudantes está compreendida entre os dezoito e os trinta e sete anos. Além disso, a amostra é maioritariamente do género feminino, 84% equivalendo a 115 elementos, sendo apenas 22 elementos do género masculino, isto é, 16% (Ver Figuras 3 e 4).

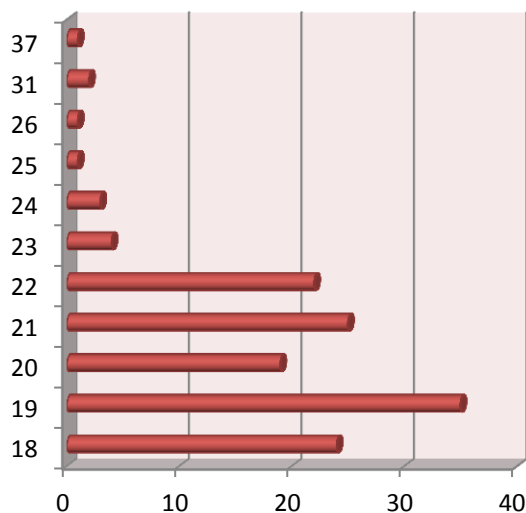


Figura 3: Idade dos estudantes

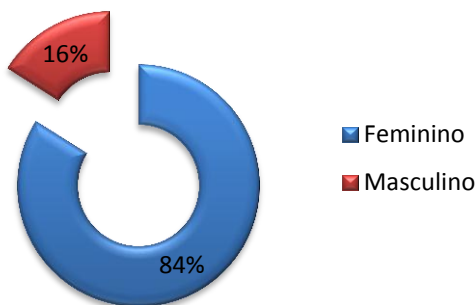


Figura 4: Género dos estudantes

Através da EAGAE (Jardim e Pereira 2006), os elementos da amostra foram caracterizados em função do nível de autoestima que apresentavam. Da amostra, 52% possuem uma autoestima média, 42% um nível elevado de autoestima e 6% no nível baixo (Figura 5).

Quanto ao estilo relacional, recorrendo-se ao Questionário do Estilo Relacional, pode-se constatar que 90% dos elementos da amostra se enquadram num estilo relacional médio, enquanto 6%, possuem um nível de estilo relacional mais elevado e 4% um nível mais baixo (Figura 6).

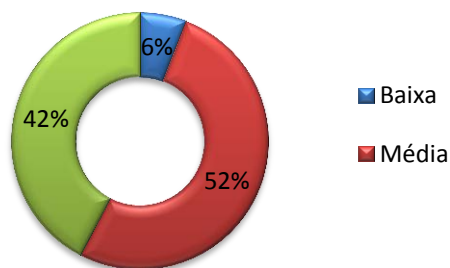


Figura 5 – Autoestima dos estudantes

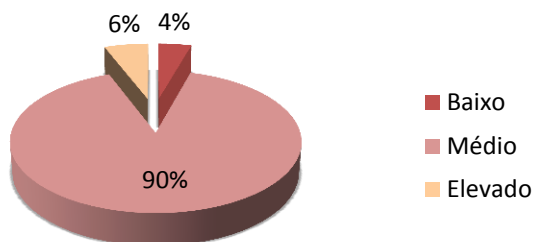


Figura 6 – Estilo Relacional dos estudantes

Relativamente ao comportamento face a uma suposta situação de violência no namoro (Figura 7), averigua-se que a moda para esta variável é discordar completamente com a afirmação apresentada: «se vivesse uma relação marcada por violência por parte do seu/sua namorado/a, mantê-la-ia?»; evidenciando-se que uma elevada percentagem (86,1 %) era incapaz de suportar e de tolerar uma relação amorosa marcada por violência.

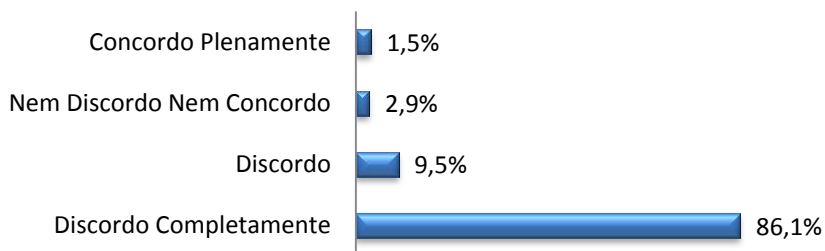


Figura 7: Distribuição dos estudantes em função do comportamento face a uma suposta relação violenta

No que se refere à valoração de atos violentos, 83,9% dos estudantes consideram que *eleva o tom de voz* como o menos grave em relação aos restantes atos: injuriar, arremessar objetos, esbofetear e provocar ferimentos. Em contrapartida, 84,7% consideram o *ato de provocar ferimentos*, como o de maior gravidade, sendo este precedido por, *esbofetear*, *arremessar objetos* e *injuriar*, respetivamente.

No que diz respeito à perceção da violência no namoro, os inquiridos mostram perceberem que não aceitariam a violência, em 85% da amostra (Figura 8).

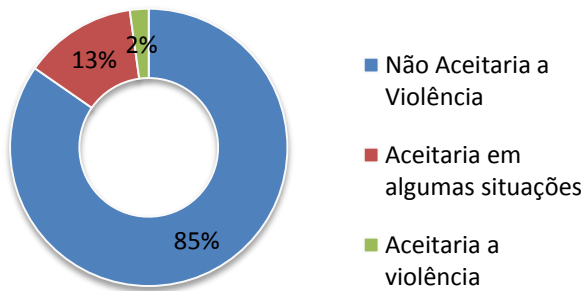


Figura 8 – Distribuição dos estudantes relativamente à perceção da violência no namoro

Uma vez apresentados os dados isoladamente, relativos a cada variável, seguem-se os dados das variáveis analisadas entre si, a fim de se dar resposta às questões de investigação. Neste sentido, à primeira questão, «o género condiciona a perceção da violência no namoro nos estudantes?», pode-se referir que em ambos os géneros a maior frequência se enquadra no nível de perceção que não aceitariam a violência numa relação. No entanto, 3 dos 22 elementos do género masculino perceberam que tolerariam a violência, contrapondo-se ao género feminino, uma vez que, nenhum elemento demonstrou que aceitaria uma suposta situação de violência no namoro (Ver Figura 9).

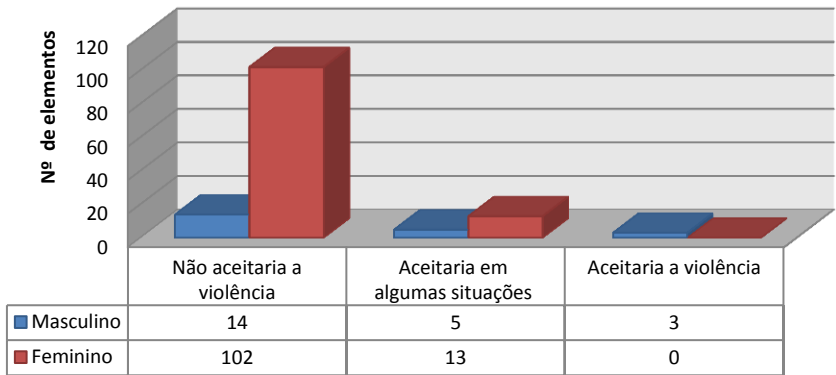


Figura 9 – Distribuição da amostra em função do género e da perceção da violência no namoro

Quanto à segunda questão de investigação, «o nível de autoestima dos estudantes que frequentam o curso de Enfermagem é diferente do nível de autoestima dos alunos que frequentam o curso de Farmácia?», verifica-se que dos 84 inquiridos que frequentavam o curso de licenciatura em Enfermagem, 42 apresentavam uma autoestima elevada, 39 média e 3 baixa; dos 53 elementos matriculados no curso de Farmácia, 32 enquadram-se no nível médio de autoestima, 16 no elevado e 5 no baixo (Figura 10).

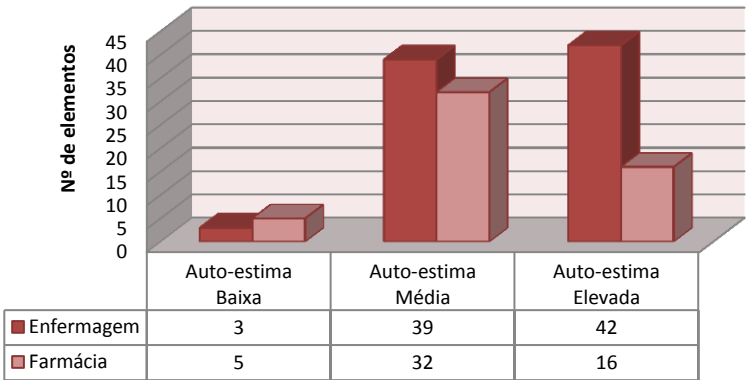


Figura 10 - Distribuição da amostra em função da Autoestima e do Curso

Relativamente à terceira questão, «o nível de autoestima apresentado pelos estudantes modifica a percepção da violência no namoro?», constata-se que para cada nível de autoestima, a maior frequência absoluta se encontra na percepção de não aceitar a violência, apesar de, em todos os níveis existir um elemento da amostra que tenha a percepção de tolerar e aceitar a violência na relação (Figura 11).

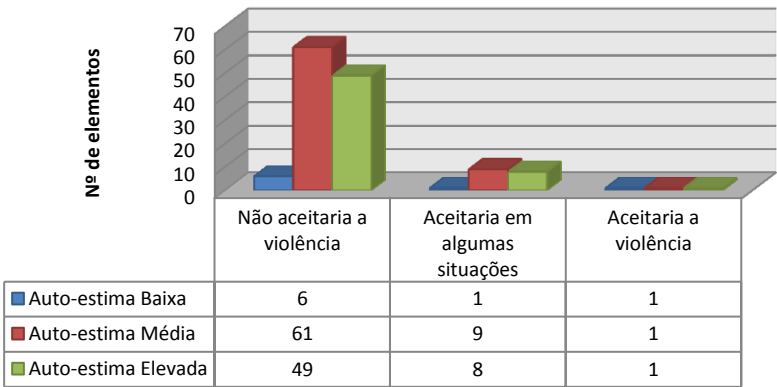


Figura 11 – Distribuição da amostra em função da Autoestima e da Percepção da Violência no Namoro

Por último, em relação à quarta questão, «o estilo relacional mostrado pelos alunos da Escola Superior de Saúde interfere na percepção da violência no namoro?», pode observar-se (Figura 12) que para todos os níveis de estilo relacional, o maior valor de frequência absoluta encontra-se na

percepção de não aceitar a violência. Contudo, nos níveis de estilo relacional médio e elevado, existem elementos com a percepção de tolerar a violência no namoro.

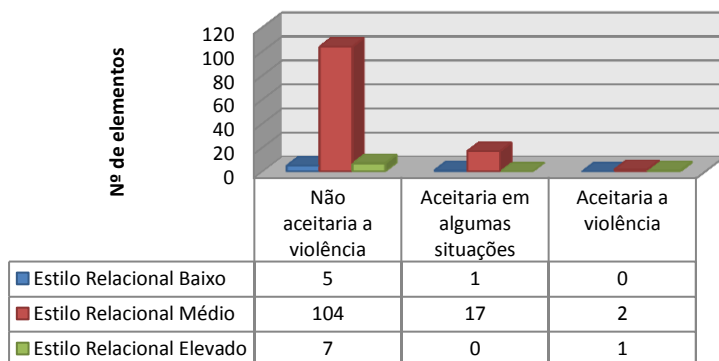


Figura 12 – Distribuição da amostra tendo em conta o estilo relacional e a percepção da violência no namoro

Uma vez apresentados os dados obtidos através do instrumento de colheita de dados, procede-se, no capítulo a seguir, à elaboração das conclusões que os mesmos nos conduzem.

4.CONCLUSÃO

Para Fortin (2009), as conclusões de um estudo exigem que o investigador faça a síntese do conjunto dos resultados discutidos e que coloque em evidência os elementos novos que o estudo permitiu descobrir. O investigador reexamina o problema de investigação à luz dos resultados obtidos, determina se o objetivo a que se propôs foi atingido e explica de que modo os resultados confirmam ou infirmam as hipóteses e apoiam o quadro teórico. Nesta perspetiva procurou-se fazer desta conclusão um ponto de reflexão sobre o estudo realizado.

Na amostra estudada predomina o género feminino (84%) que também revelam não tolerar a violência. Ao contrário de 3 estudantes do género masculino.

A autoestima assume-se como fator importante para a saúde mental de qualquer indivíduo, referindo-se ao modo como o indivíduo se vê e julga a si próprio. Da amostra escolhida para o presente estudo, verificou-se que os estudantes apresentavam maioritariamente uma autoestima média e elevada. Contudo, os inquiridos matriculados no curso de licenciatura em Enfermagem possuem uma autoestima diferente dos inquiridos do curso de Farmácia, sendo que os deste curso comparativamente com o primeiro, têm um maior número de elementos com autoestima baixa.

Analisando a autoestima dos estudantes associada à percepção sobre a violência no namoro que os mesmos demonstram, verifica-se que para cada diferente nível de autoestima, a condição de percepção que predomina é a de não aceitar ser submetido a uma situação de violência, embora, surjam percepções de tolerar a violência em algumas circunstâncias, ou mesmo, de aceitar plenamente. Neste sentido, a autoestima poderá interferir na percepção que se pode ter em relação ao meio envolvente, concretamente, em situações de violência numa relação amorosa.

O estilo relacional contribui para a saúde mental e o bem-estar de cada indivíduo, uma vez que se refere às relações estabelecidas com outros indivíduos. Uma percentagem bastante significativa (90%) da amostra enquadra-se num estilo relacional médio. Neste nível de estilo relacional, assim

nos restantes (baixo e elevado), prevalece com maior frequência absoluta a percepção de não tolerar a violência, no entanto, nos níveis de estilo relacional médio e elevado, constata-se percepções de tolerar a violência no relacionamento.

Relativamente à percepção sobre a violência, uma percentagem importante da amostra (85%) não toleraria uma suposta situação de violência no namoro, pelo que, maioritariamente os elementos da amostra em estudo censuram os atos de violência.

A Enfermagem é uma prática continuada e global dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolvida em diferentes locais da comunidade. Durante e após a vitimização, existem geralmente, um conjunto de consequências de carácter psicológico, físico e social. Cuidar destas vítimas é um desafio para os enfermeiros existindo muitas dúvidas, uma vez que não existe um modelo estruturado como fazê-lo. O aumento de estudos sobre o tema permitia contribuir para ampliar o conhecimento sobre a temática, a fim de direccionar e planear as intervenções de enfermagem com o intuito de promover segurança, acolhimento, respeito e satisfação das necessidades dos jovens. Assim sendo, sugere-se a continuação de estudos com recurso a uma amostra mais alargada, aleatória e em ambientes educativos de níveis diferentes, e ainda, uma abordagem mais profunda da influência do género na percepção da violência no namoro.

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Campo, C.; Linares, J.; (2002); Sobrevivir a la pareja – Problemas y soluciones; Barcelona, Editotial Planeta.
- (2) Coll, C.; Marchesi, A.; Palácios, J.; (2004); Desenvolvimento Psicológico e Educação – Psicologia Evolutiva (vol. 1). (2ªed.); Porto Alegre, Artmed Editora.
- (3) Cordeiro, M. (2009); O grande livro do Adolescente – dos 10 aos 18 anos. Lisboa, A esfera dos Livros.
- (4) Dias, I.; (2004); Violência na Família – Uma abordagem sociológica. Porto, Edições Afrontamento.
- (5) Fortin, M-F. (1999); O Processo de Investigação: da Concepção à realização. (3ª ed.) Loures, Lusociência.
- (6) Fortin, M-F. (2009); Fundamentos e etapas do Processo de Investigação. Loures, Lusociência.
- (7) Jardim, J.; Pereira, A. (2006). Competências Pessoais e Sociais – guia prático para a mudança positiva. Edições Asa.
- (8) Labrador, F. J.; Rincón, P. P.; Luis, P.; Fernandez-Velasco, R.; (2004); Mujeres víctimas de la violencia doméstica – Programa de actuación. Madrid, Edições Pirâmide.
- (9) Magalhães, T. (2006); Maus-tratos e Violência Doméstica. Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., Universidade do Porto.
- (10) Rodrigues, A.; Assmar, E.; Jablonski, B. (2002); Psicologia Social. Petrópolis, Vozes Editora.
- (11) APAV (s.d.). Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Consultada em novembro, 2010, em <http://www.apav.pt/portal/>
- (12) Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade Nova de Lisboa (FCT.UNL) (s.d.). Consultada em dezembro, 2010 em <http://www.fct.unl.pt/estudante/gapa/relacoes-sociais-os-processos-de-percepcao>
- (13) Silva, A. (2008); Relação Interpessoal. Consultada em janeiro, 2011 em <http://www.webartigos.Com/articles/11712/1/Relacao-Interpessoal/pagina1.html>

RESILIÊNCIA EM JOVENS DO ENSINO SUPERIOR

RESILIENCE IN UNIVERCITY YOUTH

Ana Maria Jorge¹

¹ Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda. anajorge@ipg.pt

RESUMO

A resiliência é considerada como uma capacidade do ser humano para fazer face às adversidades da vida, superá-las e inclusivamente ser transformado por elas. Faz parte de um processo evolutivo e deve ser promovida desde a infância nos diferentes contextos (Grotberg, 1995).

Este estudo pretende dar um contributo para a compreensão da importância do conceito de resiliência no sentido do desenvolvimento de competências do jovem já que esta pode ser construída e modificada pelos chamados tutores de resiliência.

Teve como objetivo analisar as estratégias de resiliência utilizadas pelos estudantes em contexto de ensino clínico.

A amostra foi constituída por estudantes do Curso de Enfermagem os quais registaram em diário como viveram a prestação de cuidados à criança e família.

Para identificação das estratégias de resiliência enquadraram-se os registos dos estudantes em três dimensões: procedimentos em enfermagem, organização do estágio e estratégias de relação. Com base nos indicadores de presença/ausência de estratégias de resiliência de acordo com o modelo de Grotberg, os estudantes revelaram: *ter pessoas a quem recorrer* quando necessitam aprender; *sentir-se felizes quando fazem algo de bom para os outros e lhes demonstram afeto*; *segurança de que tudo correrá bem*.

Como implicações realça-se: importância de professores/orientadores reconhecerem a autoestima como pilar da resiliência; introdução da temática como conteúdo curricular, pensando no estudante como agente de promoção da resiliência.

Palavras-chave: Resiliência; mecanismos protetores; autoestima; ensino de enfermagem; ensino clínico.

1. INTRODUÇÃO

A resiliência é considerada como uma capacidade do ser humano para fazer face às adversidades da vida, superá-las e inclusivamente ser transformado por elas. Faz parte de um processo evolutivo e deve ser promovida desde a infância nos diferentes contextos (Grotberg, 1995).

As pessoas vivem cada vez mais com situações imprevisíveis das quais necessitam sair de forma positiva, gerindo o stresse da vida quotidiana e tornando aquela que seria traumática, uma saída bem sucedida com força renovada (Anaut, 2005). Do ponto de vista clínico, pode ser concebida como uma tentativa de alterar o balanço presente nas pessoas, que oscila desde a vulnerabilidade até à resiliência. sujeito. De acordo com Tavares (1997), o desenvolvimento da capacidade de resiliência não se deverá sentir a nível do aumento de carapaças, de muros, de grades, de

mecanismos de defesa que tornem a pessoa insensível, passiva, conformada. Antes, deve ir no sentido de a tornar mais forte, mais equilibrada, para poder intervir na sociedade.

A pesquisa mostra que são reduzidos os estudos sobre resiliência na área da formação/educação, com vista à intervenção dos diferentes atores envolvidos numa perspetiva preventiva. Neste sentido, urge desenvolver investigações para que se encontrem novas estratégias de formação/educação e especificamente em enfermagem, uma vez que estes técnicos lidam permanentemente, com a adversidade (a hospitalização, a doença e a morte) e necessitam estar preparados para promover a resiliência neles próprios e nos utentes/famílias a quem prestam cuidados. Por outro lado, também os professores de enfermagem necessitam estar preparados para dar resposta aos alunos no sentido da estimulação da sua resiliência para que estes possam agir do mesmo modo junto daqueles de quem cuidam.

É neste contexto que surge o presente estudo que pretende dar um pequeno contributo para a compreensão do conceito de resiliência e das diferentes possibilidades que lhe são intrínsecas e comporta para a formação/educação, no sentido da promoção da resiliência.

Assim, teve como objetivo analisar as estratégias de resiliência utilizadas pelos estudantes em contexto de ensino clínico na área de saúde infantil e pediatria.

A riqueza da informação do presente estudo está essencialmente nas expressões utilizadas pelos estudantes e não tanto nos números aos quais conseguimos chegar. No contexto do presente artigo tivemos necessidade de nos limitar a estes.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Orientado por objetivos de natureza descritiva, o estudo parte da utilização de uma técnica de investigação qualitativa (teoria fundamentada). Seleccionámos uma amostra intencional, constituída por 37 estudantes do curso de enfermagem em estágio de Saúde Infantil e Pediatria. Esta fase do curso envolve cenários em que o estudante convive/interage com diversos atores concomitantemente: uma ou mais instituições com organizações e equipas específicas, enfermeiros do serviço, professores/orientadores e colegas. Para além disto, este é um contexto muito específico na prestação de cuidados de enfermagem pois, a hospitalização da criança é um momento que gera (nos pais/família) enorme stress e ansiedade, implicando um suporte cuidado e atento. A média idades dos estudantes é de 22 anos, sendo a maioria (78,4%) do género feminino.

Optámos por construir o Diário de Desenvolvimento Pessoal em Ensino Clínico (DIDEPEC, Jorge, 2007). Neste, o estudante registou, durante cinco semanas (25 dias), aspetos significativos da sua vivência como estagiário de acordo com orientações disponibilizadas. Atendendo às potencialidades do diário quisemos ver até que ponto conceptualizava as estratégias/fontes de resiliência do modelo de Grotberg (1997).

No primeiro dia de estágio, efetuámos uma reunião com os participantes para explicar o estudo, objetivos, duração e pedida colaboração. Houve a preocupação de clarificar que o investigador não iria intervir na orientação e avaliação destes alunos em ensino clínico, permitindo uma dissociação do processo e visando maior sinceridade e objetividade no registo por eles efetuado. Disponibilizámo-nos para reunir com o grupo ou individualmente se necessário.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados do diário e, através da na técnica de análise de conteúdo, permitiram-nos construir três dimensões ligadas a aspetos de funcionamento e organização do estágio e forma como interagem

no dia a dia do estudante aquando da prestação de cuidados à criança e família: **procedimentos em enfermagem, organização do estágio e estratégias de relação.**

Os *procedimentos em enfermagem* referem-se aos cuidados de enfermagem que o estudante presta, às intervenções diárias do estudante. Nesta dimensão enquadrámos as categorias **reflexão sobre a prática e dia ou semana** (forma como viveram a prestação de cuidados no período em análise: dia ou semana) com 291 UR, correspondendo a quase metade (49,7%) de todas as obtidas através dos diários. Para Canário (1997), o saber prático constituído na ação é um saber de importância capital para os enfermeiros, permanentemente confrontados com situações singulares, onde não é possível proceder à aplicação mecânica de procedimentos técnicos standardizados. As intervenções em enfermagem correspondem menos a uma reprodução e mais a uma reinvenção de práticas.

Os aspetos mais focados na dimensão *organização do estágio* relacionaram-se com a **integração/adaptação** ligada, principalmente, à entrada do aluno em instituições de saúde que precisa conhecer para seguidamente poder intervir. Este processo transporta momentos de incerteza e bastante insegurança para o estudante. Há uma organização nova, profissionais, professores/orientadores, utentes e contextos novos. Outra preocupação manifestada pelos estudantes refere-se à avaliação, categoria integrada na dimensão em análise. Assim, o estudante regista como enfrenta aspetos específicos do funcionamento das instituições prestadoras de cuidados e de ensino e sua relação com a instituição de ensino. Para Saavedra (2006), os fatores ambientais podem apoiar e favorecer as características resilientes. Mais à frente explicitaremos o que se verificou nos nossos estudantes.

Na dimensão *estratégias de relação* englobamos as referências dos estudantes às **relações interpessoais** estabelecidas com a *criança/pais, professores/orientadores, equipa de saúde e colegas*. Foram incluídas, na mesma dimensão as **estratégias de coping: apoio social, evitamento, reenquadramento, redução de tensão e procura de informação**. Realçamos a importância atribuída aos aspetos relacionais, fundamentais para os momentos de insegurança e crise em que os utentes e família se encontram (Jorge, 2004) e que os estudantes, como pessoas e estagiários, também sentem.

Partindo da construção anterior, cada unidade de registo, inserida na respetiva dimensão, categoria e subcategoria, foi enquadrada nas expressões e respetivos indicadores do modelo de Grotberg (1997), com a finalidade de identificar as áreas em que as estratégias/fontes/pilares de resiliência estão presentes ou manifestamente ausentes. No global, encontrámos 286 indicadores reveladores da presença de expressões de resiliência e 110 que apontam para a identificação dessa expressão mas no sentido da sua ausência (cf. quadro 1).

Da mesma forma, a dimensão que apresenta mais fontes/estratégias de resiliência é a dos *procedimentos em enfermagem* (116) seguida da dimensão *estratégias de relação* (106). A dimensão *organização de estágio* revela maioritariamente expressões na positiva (64) mas vale a pena refletir nas expressões negativas (46). Estes dados, sugerem que os aspetos da organização do estágio, ligados aos fatores externos de promoção da resiliência devem merecer maior atenção por parte dos professores/orientadores e equipa de saúde.

Ao analisarmos as fontes de resiliência verificamos que a maior ênfase é atribuída às estratégias/fontes positivas, particularmente em **eu sou** (82), seguida de **eu estou** (75). Nesta expressão, a referência no sentido negativo (66) pode associar-se tanto à insegurança que o estudante vive no meio desconhecido (hospital/unidade) em que se encontra, sistema complexo de comportamentos humanos (Carvalho & Diogo, 1999), quanto às exigências e responsabilidade que

sente ao prestar cuidados a seres frágeis como são as crianças em momentos de grande vulnerabilidade. Este número surge, essencialmente, à custa da dimensão procedimentos em enfermagem (34) e organização de estágio (26).

Quadro 1: Expressões de resiliência em ensino clínico por dimensão

Dimensões	Procedimentos em enfermagem		Organização do estágio		Estratégias de relação		Total	
	Positivas	Negativas	Positivas	Negativas	Positivas	Negativas	Positivas	Negativas
<i>Eu Tenho</i>	13	1	11	15	35	4	59	20
<i>Eu Sou</i>	37	6	17	2	28	6	82	14
<i>Eu Estou</i>	45	34	23	26	7	6	75	66
<i>Eu Posso</i>	21	3	13	3	36	4	70	10
Total	116	44	64	46	106	20	286	110

Estes dados vêm realçar a preocupação que o estudante sente e a responsabilidade que assume desde o primeiro momento na prestação de cuidados bem como ao sucesso na sua aprendizagem. Este é um momento de confronto entre as aquisições anteriores (encontram-se no final do terceiro ano) e as atuais onde a autoestima pode ser uma característica importante para integrar e responder positivamente às novas solicitações. Necesita demonstrar competências a diferentes níveis pois, embora estudante, os pais das crianças hospitalizadas e também, por vezes, a equipa de saúde espera deles um desempenho em tudo idêntico ao de um profissional competente.

3.1. PROCEDIMENTOS EM ENFERMAGEM: DESCRIÇÃO E RESILIÊNCIA

Nesta dimensão enquadrámos as categorias: *reflexão sobre a prática e dia/semana* (cf. Quadro 2). Na primeira (208 UR) foram incluídas subcategorias que clarificam e justificam o contexto do ensino clínico sendo, por ordem decrescente de frequência: *balanço* (44), *cuidados* (42), *sentimentos* (41), *doença/situação* e *expectativas* (11).

Realçamos a importância que os estudantes atribuem à reflexão sobre a prática num período de aprendizagem em que a construção do saber, saber ser e saber estar se tornam tão importantes no seu percurso académico e futura competência profissional. A reflexão é uma atividade cognitiva necessária à prática de enfermagem e à sua complexidade dimensional, de modo a possibilitar o desenvolvimento de competências de enfermagem na prática (James & Clarke, 1994). A reflexão sobre a ação ajuda a construir um processo de intervenção sistemático e organizado que lhe permite intervir com a rapidez e segurança necessárias em cada situação em particular. O ensino clínico ocupa um espaço importante na apropriação de saberes e desenvolvimento de competências de enfermagem (Carvalho, 2003).

Durante o estágio, os estudantes cumprem períodos diários com a mesma duração da dos profissionais, pelo que, designámos a segunda *categoria por dia/semana* (83 UR). Nela incluímos as subcategorias *sentimentos* e *vivências*. A primeira subcategoria foi a mais referenciada com 60 UR e reflete a forma como o estudante se sentiu durante o estágio.

Quadro 2: Procedimentos em enfermagem: categorias e subcategorias

<i>Categoria</i>	<i>Subcategoria</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Reflexão sobre a prática	Balanço	44	15,1
	Cuidados	42	14,5
	Sentimentos	41	14,0
	Doença/situação	28	9,6
	Expectativas	11	3,8
	Outros	42	14,5
Subtotal		208	71,5
Dia/semana	Sentimentos	60	20,6
	Vivências	23	7,9
Subtotal	83		28,5
Total		291	100,0

Realçamos os aspetos focados relativos à promoção da autonomia do estudante. A resolução de problemas com que o estagiário se confronta, e que é uma tarefa inerente à atividade humana, “traduz a concretização máxima da ideia globalizante de autonomia” (Alarcão, 1996: 77).

Esta análise e reflexão que o estudante, na condição de estagiário, vai fazendo é fundamental para que ele se situe no percurso de aprendizagem e crie o seu próprio perfil profissional. Conta com o suporte da equipa de prestação de cuidados, professores, colegas e também dos pais como poderemos verificar quando descrevermos as estratégias de relação. É importante ter presente a semelhança entre formar e cuidar pois, de acordo com Martin (1991), quer a formação quer a prestação de cuidados permitem que a pessoa se coloque na experiência e cresça a partir dela.

Os sentimentos manifestados pelos estudantes referem-se, essencialmente, a impotência, insegurança, angústia, tristeza perante situações de baixos recursos, mas também de alegria pelo sorriso da criança, que parece compensar os aspetos menos bons. A proteção reside no modo como as pessoas lidam com mudanças de vida e como o fazem em circunstâncias stressantes e adversas. Estes sentimentos precisam ser reenquadrados, mobilizando recursos internos como capacidade para aprender e integrar diferentes aprendizagens (Saavedra, 2006) ou recorrendo a fontes externas como os professores/orientadores e os enfermeiros. Os espaços criados para estes momentos de reflexão são fundamentais para que o estudante reavalie a autoestima, crie escudos adequados de proteção, mantendo a sensibilidade que cada situação merece.

De acordo com o modelo de Grotberg, na dimensão *procedimentos em enfermagem*, (cf. Quadro 3) predomina (116) a presença de indicadores de fontes de resiliência essencialmente na expressão **eu estou** (45). A maior frequência regista-se na subcategoria **sentimentos** (19) da categoria dia/semana, à qual se segue a subcategoria *cuidados* (10) da categoria reflexão sobre a prática. Realçamos que também nesta expressão se verifica a maior ausência (34) de estratégias de resiliência na dimensão em análise.

Quadro 3: Procedimentos em enfermagem e resiliência

Categorias	Reflexão sobre a prática										Dia/semana				Total	
	Balanço		Cuidados		Sentimentos		Doença /situação		Expectativas		Sentimentos		Vivências			
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
Tenho	2	-	2	-	6	-	1	-	-	1	1	-	1	-	13	1
Sou	9	-	-	1	6	2	9	2	1	-	7	1	5	-	37	6
Estou	5	1	10	9	4	8	4	1	1	3	19	9	2	3	45	34
Posso	7	-	3	-	-	1	4	1	-	-	5	1	2	-	21	3
Total	23	1	15	10	16	11	18	4	2	4	32	11	10	3	116	44

A segurança/insegurança perante um cenário pouco conhecido mas exigente pode estar na origem destes resultados. Na expressão **eu sou**, encontramos 37 indicadores de resiliência, particularmente à custa da subcategoria **balanço** (9) e **doença/situação** (9) da categoria reflexão sobre a prática. Na expressão **eu posso**, incluímos 21 indicadores de resiliência (7 na subcategoria **balanço**) e, por último, na expressão **eu tenho**, enquadrámos 13 UR (6 na subcategoria **sentimentos** da reflexão sobre a prática).

As expressões enquadradas na categoria reflexão sobre a prática na expressão **eu tenho**, foram-no essencialmente à custa do indicador *peçoas que me ajudam quando necessito aprender*, o que é esperável e desejável neste contexto de ensino/aprendizagem. Na expressão **eu sou** foram incluídas as referências dos estudantes nos indicadores *feliz quando faço algo de bom para os outros e lhes demonstro afeto e respeitoso de mim mesmo e do próximo*. Na expressão **eu estou**, verificamos que as referências dos estudantes se distribuem por todas as subcategorias essencialmente no indicador *disposto a responsabilizar-me pelos meus atos*. No entanto, quando o alvo de leitura é o indicador *seguro de que tudo correrá bem*, as referências à ausência desta estratégia predominam, podendo justificar-se pelo facto de durante o período de estágio o estudante viver numa grande incerteza perante o desconhecido e imprevisível.

Em fase de aprendizagem, a autonomia nas intervenções não é atribuída ao estudante. Através das experiências que lhe são proporcionadas, vai refletindo sobre a prática, podendo expressar estratégias de resiliência. Na expressão **eu posso**, a quase totalidade dos indicadores apresentam-se no sentido da sua presença. Realçando-se os indicadores: *falar sobre as coisas que me assustam e inquietam* e *procurar maneira de resolver os meus problemas*, o que revela controle interno das situações ou fontes de suporte disponíveis.

Na categoria **dia/semana** e respetivas subcategorias podemos verificar que a expressão de estratégias de resiliência passa essencialmente pela análise que o estudante faz de como viveu os períodos de estágio (dia/turno ou a semana na globalidade). Foram encontrados indicadores na expressão **eu sou** especialmente reveladores de felicidade por *fazer algo de bom para os outros e demonstrar-lhes afeto*. Na expressão **eu estou**, constatamos a predominância de manifestações de sentimentos de *segurança em que tudo correrá bem*. O indicador mais encontrado na expressão **eu posso** foi: *procurar maneira de resolver os meus problemas*.

Assim, na dimensão *procedimentos em enfermagem* realçamos os contributos dados pelos estudantes na reflexão sobre a prática. A maneira como conseguem responder às necessidades da criança/família bem como ao processo de aprendizagem em que se encontram, permite-lhes uma atualização da autoestima e da autoeficácia (entre outras dimensões do *self*) no sentido do desenvolvimento de competências profissionais. Em todo este processo de interação entre criança/família, professores/orientadores e enfermeiros as competências sociais e transversais, já adquiridas, são importantes e atualizadas a cada momento.

3.2. ORGANIZAÇÃO DO ESTÁGIO: DESCRIÇÃO E RESILIÊNCIA

Na dimensão *organização do estágio* destacamos a importância (cf. Quadro 4) atribuída à *integração/adaptação* (80 UR) e também à *avaliação* (44 UR). Na categoria *integração/adaptação*, foram enquadradas as subcategorias relativas à *equipa* de prestação de cuidados (45 UR) e à *instituição/unidade* (35).

Na categoria *avaliação*, enquadrámos duas subcategorias: *autoavaliação* à qual os estudantes atribuem bastante significado (34 UR) e à *heteroavaliação* (10 UR).

Quadro 4: Organização do estágio: categorias e subcategorias

Categoria	Subcategoria	F	%
Integração/adaptação	Equipa	45	25,3
	Instituição/unidade	35	19,6
Subtotal		80	44,9
Avaliação	Autoavaliação	34	19,1
	Professores/orientadores	10	5,6
Subtotal		44	24,7
Realização /apresentação de trabalhos	Sobrecarga/cansaço	11	6,2
	Perceção	7	3,9
	Feedback	6	3,4
	Sintomas cognitivos/fisiológicos	6	3,4
Subtotal		30	16,9
Outras actividades	Visita de estudo	15	8,4
	Conferência	9	5,1
Subtotal		24	13,5
Total		178	100,0

De acordo com o modelo de Grotberg, na categoria *integração/adaptação* à *instituição/unidade*, obtivemos igual número de expressões (cf. Quadro 5) na positiva e negativa (14). Quando esta integração/adaptação se refere à *equipa* predominam as expressões na negativa (16).

Na categoria *avaliação*, relativamente aos *professores/orientadores*, as expressões encontradas não revelam estratégias de resiliência, mas sim, insegurança relativamente aquilo que pensam sobre desempenho do estudante (7). Quando a análise se situa na *autoavaliação*, predominam as expressões positivas (27), refletindo segurança naquilo que pode fazer para ultrapassar as dificuldades.

Quadro 5: Organização do estágio e resiliência

Categoria	Integração/adaptação		Avaliação				Realização/apresentação trab				Total	
	Instit/unidade	Equipa	Prof/orient		Autoavaliação		Sobrec/cans		Perceção		Feedback	
Expressões	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
Tenho	4	10	5	5	-	-	2	-	-	-	-	-
Sou	3	-	1	1	-	-	8	-	4	1	1	-
Estou	6	4	2	10	-	6	9	2	3	2	2	2
Posso	1	-	3	-	-	1	8	2	1	-	-	-
Total	14	14	11	16	-	7	27	4	2	7	3	2
											64	46

Na expressão **eu tenho** a referência a ausência de *pessoas que o ajudam quando necessita aprender* (10 na instituição/unidade e 4 na equipa) pode ser altamente negativo para o estudante no sentido da aprendizagem. Quando analisamos as expressões incluídas na *integração/adaptação*, podemos verificar como os estudantes valorizam o facto de encontrarem pessoas que os apoiam, tanto os profissionais (professores e enfermeiros da unidade) como os colegas. A expressão **eu sou** esteve

presente nas subcategorias da *integração/adaptação* no indicador *alguém por quem os outros sentem apreço e carinho*. No que se refere à autoavaliação predominam (7) os indicadores incluídos em *sou feliz quando faço algo de bom* para os outros e lhes demonstro afeto. Na expressão ***eu estou*** o maior número de registos foi enquadrado no indicador *estou seguro de que tudo correrá bem*, mas no sentido da ausência desta fonte/estratégia de resiliência particularmente no que se refere às subcategorias ***equipa*** (10) e ***professores/orientadores*** (6). Quando analisamos a expressão ***eu posso***, e no sentido da sua presença, verificamos que se evidencia o indicador *procurar maneira de resolver os meus problemas* tanto no que se refere à *equipa* (3) como em relação à *autoavaliação* (5).

Encontrando-se os estudantes numa fase de grandes aquisições, os modelos que encontram são fundamentais para o desenvolvimento de competências. Estes podem ser os professores, os enfermeiros das unidades onde estagiam ou outros, que intervêm no processo formativo. Daí que haja bastante cuidado na preparação das diferentes situações pelas quais o estudante necessita passar. Analisando os relatos numa perspetiva de resiliência, estas vivências podem ser uma oportunidade única de desenvolvimento pessoal.

3.3. ESTRATÉGIAS DE RELAÇÃO: DESCRIÇÃO E RESILIÊNCIA

Há diversas profissões em que o relacionamento interpessoal é importante mas, em enfermagem, ele é a chave das intervenções. Quando a prestação de cuidados de enfermagem tem como foco a criança/família, a especificidade aumenta e o aspeto relacional tem crucial importância.

Na dimensão *estratégias de relação* (cf. Quadro 6) foram incluídas as categorias ***relações interpessoais*** (77 UR) e ***estratégias de coping*** (39 UR)

No sentido de dar resposta às necessidades da criança/família, particularmente no estabelecimento de uma relação empática, o estudante deve ter presentes os conhecimentos sobre o processo de socialização/formação de atitudes e desenvolvimento da criança, vendo esta diáde sempre na perspetiva sistémica (Jorge, 2004).

Quadro 6: Estratégias de relação: categorias e subcategorias

<i>Categoria</i>	<i>Subcategoria</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Relações interpessoais</i>	Pais/criança	28	24,1
	Equipa	25	21,6
	Professores/orientadores	17	14,7
	Colegas	7	6,0
Subtotal		77	66,4
<i>Estratégias de coping</i>	Apoio social	12	10,3
	Evitamento	10	8,6
	Reenquadramento	9	7,8
	Redução de tensão	5	4,3
	Procura de informação	3	2,6
Subtotal		39	33,6
Total		116	100,0

Na análise efetuada de acordo com Grotberg, dimensão estratégias de relação (cf. Quadro 7), predominam os indicadores de presença de estratégias/fontes de resiliência (106). Os resultados advêm essencialmente das expressões ***eu tenho*** (35) e ***eu posso***, dando desde já a ideia de ter no meio (ensino clínico) e possuir capacidades de se relacionar com os outros. Predominam na categoria ***relações interpessoais*** principalmente na subcategoria *pais/criança* (22 UR) à qual se

segue a subcategoria *equipa* (21). O contexto da hospitalização conjunta da criança com a mãe (ou substituto) é novo para o estudante, apresentando-se como um grande desafio.

Quadro 7: Estratégias de relação e resiliência

Categoria	Relações interpessoais								Estratégias de coping								Total	
	Pais/criança		Equipa		Prof/orient		Colegas		Apsocial		Evit/redução		Reenq/infor					
Expressões	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-		
Tenho	1	2	8	1	11	1	-	-	8	-	2	-	5	-	35	4		
Sou	18	3	1	1	1	-	-	-	-	-	5	1	3	1	28	6		
Estou	1	1	1	-	-	1	-	-	1	-	-	4	4	-	7	6		
Posso	2	2	11	2	2	-	8	-	4	-	4	-	5	-	36	4		
Total	22	8	21	4	14	2	8	-	13	-	11	5	17	1	106	20		

Na categoria *relações interpessoais* e na expressão ***eu tenho*** realça-se a referência aos *professores/orientadores* (11) e à *equipa* (8) particularmente à custa do indicador *peçoas que me ajudam quando necessito de aprender*, ou seja, aqueles que poderão disponibilizar suporte e apoio ao estudante para o sucesso na sua condição de estagiário.

No relacionamento com os *pais/criança* realça-se na expressão ***eu sou*** (18), o indicador: *feliz quando faço algo de bom para os outros e lhes demonstro afeto* (13). Este aspeto é muito valorizado pelos estudantes e pode considerar-se revelador de presença de estratégias de resiliência, sentindo-se felizes essencialmente por terem oportunidade de se relacionarem bem com os outros e fazer algo de bom por eles.

Na expressão ***eu posso***, verificamos que a maior presença de estratégias de resiliência (11) se referem à *equipa*, considerando, os estudantes poder *encontrar alguém que os ajude* quando necessitam. Realça-se, neste ponto, a ênfase atribuída aos *colegas* (8) com os quais o estudante conta como suporte.

O ensino clínico, cada vez mais, se configura, de acordo com Carvalhal (2003), como um processo formativo complexo, exigindo aos orientadores competências pedagógicas, competências de enfermagem e competências pessoais, fundamentais à relação de ajuda (orientador/estudante/utente) que o estudante necessita para a progressão na aprendizagem.

Estudos sobre resiliência em contexto académico têm vindo a explorar diferenças individuais daqueles que têm lidado com o stresse de uma forma eficaz, ou que se têm adaptado às mudanças (Pereira e col., 1999). Indivíduos que mostram altos níveis de características de resiliência adaptam-se mais facilmente do que os outros ao ensino superior (Brunelle-Joiner, 1999). A resiliência é reatualizada em cada momento de transição, em cada crise do ciclo vital. A rede de suporte (amigos, vizinhos, família nuclear, família alargada, serviços da comunidade e outros) é importante para o fortalecimento da capacidade de resiliência (Vanistendael, 1996).

Por fim, analisando as fontes/estratégias de resiliência na categoria ***estratégias de coping*** da dimensão ***estratégias de relação*** verificamos que 17 indicadores de resiliência se enquadram na subcategoria *reenquadramento/procura de informação*. Segue-se o recurso à estratégia *apoio social* (13), particularmente ligada à expressão ***eu tenho*** (8 UR). Esta expressão localiza-se, essencialmente (6), no indicador *peçoas que me ajudam quando necessito aprender*.

Esta análise permitiu identificar domínios que o estudante valoriza como importantes no seu contexto de aprendizagem. Permitiu, ainda, identificar fontes/estratégias de resiliência fundamentais para a orientação em ensino clínico e de desenvolvimento pessoal do jovem estudante.

4. CONCLUSÕES

A resiliência pode considerar-se como a capacidade emocional, cognitiva e sociocultural das pessoas, grupos que permite reconhecer, enfrentar e transformar construtivamente situações causadoras de sofrimento e dano que ameaçam o desenvolvimento. É um conceito/dimensão transversal (e muito abrangente) a diferentes áreas da vida, o que traz grandes dificuldades para o seu estudo. A resiliência nunca é absoluta nem estável. Os indivíduos nunca são completamente resilientes de uma forma permanente.

Neste sentido, salientamos os principais resultados do estudo:

A dimensão que apresentou mais fontes/estratégias de resiliência foi a dos procedimentos em enfermagem, seguida da dimensão estratégias de relação. A dimensão organização de estágio revelou, maioritariamente, expressões na positiva mas, houve bastantes registos que revelam, claramente, ausência dessa expressão. Estes dados sugerem que os aspetos da organização do estágio ligados aos fatores externos de promoção da resiliência merecem maior atenção por parte dos professores/orientadores e equipa de saúde.

Na dimensão *procedimentos em enfermagem*, os registos revelam a presença de indicadores de resiliência no que se refere a ter pessoas que os ajudam quando necessitam aprender, serem “felizes” por fazerem bem aos outros e responsabilizarem-se pelos seus atos. Mesmo assim, também revelam necessidade de suporte que poderá ser disponibilizada pelos intervenientes do processo ensino/aprendizagem e outros.

Na dimensão **organização do estágio**, os estudantes revelaram possuir/utilizar fontes/estratégias de resiliência. As grandes fontes de resiliência situaram-se na expressão *eu sou* e *eu estou*, ou seja, nas forças intrapsíquicas que o estudante possui e o ajudarão a ultrapassar dificuldades que os aspetos organizacionais podem colocar.

Na dimensão **estratégias de relação** e na categoria relações interpessoais, o estudante apresentou indicadores de estratégias de resiliência na expressão *eu sou*, área onde se sente feliz, por ter oportunidade de se relacionar bem com os outros e mesmo de fazer por eles algo de bom. Os estudantes revelaram poder contar com alguém que os ajuda quando necessitam. Nas estratégias de *coping*, as expressões de resiliência apontadas focaram-se essencialmente no *apoio social*, tanto dos pais como dos intervenientes no processo ensino/aprendizagem, e no *reenquadramento*. Aparecendo na forma da sua presença, revelam que os estudantes têm e recorrem a estas fontes de resiliência quando sentem necessidade.

Implicações práticas:

- Importância de o estudante estar muito preocupado com a componente técnica. Na carreira profissional, o aspeto da humanização é muito valorizado pelos utentes (humanizar). Enfatizam as técnicas e não tanto a empatia.
- É importante que professores/orientadores e equipa de saúde reconheçam a autoestima como importante pilar da resiliência, dedicando especial atenção aos estudantes que apresentam baixa autoestima.
- No acompanhamento e orientação destes alunos em estágio, parece importante conhecer os mecanismos protetores no sentido da promoção da resiliência dos mesmos para, posteriormente,

serem encaminhados, direcionados para a melhoria do seu desempenho pessoal e profissional, em termos de resiliência

- Introduzir a temática da resiliência como conteúdo curricular do curso na abordagem teórica das intervenções junto dos utentes. Permitiria aos estudantes ser agentes ativos da promoção da resiliência na família e seus membros, bem como na comunidade.

- Desenvolver formação na área da resiliência individual e comunitária e forma de a fomentar, junto dos professores/orientadores e enfermeiros prestadores de cuidados.

Estamos conscientes de que este estudo também teve limitações:

- Atendendo aos estudos reduzidos e escassos instrumentos na área, optámos por construir um de base. Corremos esse risco e aceitámos o desafio.

- A temática era desconhecida por quase todos os estudantes, o que acabou por se tornar num desafio.

- A apresentação de fontes/estratégias de resiliência pode dever-se a outros motivos/mecanismos que não puderam ser estudados.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Anaut, M. (2005). *A Resiliência – Ultrapassar os Traumatismos*. Lisboa, Climepsi Editores.
- (2) Alarcão, I. (1996) (org.). *Formação Reflexiva de professores: estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora.
- (3) Brunelle-Joiner, K. (1999). Effects of FYE on Personal Resiliency and Adjustment to College as it relates to Academic Performance and Retention. *Eighteenth Annual Conference. The First-Year Experience- Dawn of a New Era. The First College Year in the 21st Century*. Colombia: South Carolina.
- (4) Canário, R. (1997). Formação e mudança no campo da saúde. In: CANÁRIO, R. (Org.) *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora
- (5) Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspectiva dos actores*. Loures: Lusociência.
- (6) Carvalho, A. & Diogo, F. (1999). *Projecto educativo*, 3ª ed. Porto. Afrontamento.
- (7) Grotberg, E., (1997). The International Resilience Project: Findings from the Research and the Effectiveness of Interventions. In: BAIN, B. et al. (Eds) *Psychology and Education in the 21st Century: Proceedings of the 54th Annual Convention. International Council of Psychologists*. Edmonton: ICP Press
- (8) James, C. & CLARKE, B. (1994). Reflective practice in nursing issues and implications for nurse education. *Nursing of Advanced Nursing*. Oxford, 16(1): 101-107
- (9) Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança: (Re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- (10) Jorge, A. M. (2007). *Resiliencia en estudiantes de enfermería*. Tese de Doutoramento. Universidade de Extremadura.
- (11) Martin, C. (1991). *Soigner pour apprendre- acquérir un savoir infirmier*. Paris:
- (12) Pereira, A.; VAZ, C.; Patricio, M.; Campos, M. & Pereira, R. (1999). *Contribuição para o estudo do sucesso e insucesso escolar na universidade de Coimbra*. Coimbra: Universidade de Coimbra.

- (13) Saavedra, E. (2006). Resiliencia y ambientes laborales. *Séptima Jornada de tesis en resiliencia*. CEANIM.
- (14) Tavares, J. P. C. (1997). A formação como construção do conhecimento científico e pedagógico. In: SÁ- Chaves, I. (coord.) *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto editora.
- (15) Vanistendael, S. (1996). Growth in the muddle of life. Resilience: building on people's strenghts. 2ª ed., *International Catholic Child Bureau*. Geneve

“SE AS MINHAS COSTAS FALASSEM...” – EVIDÊNCIA DA EFETIVIDADE

“IF ONLY MY BACK COULD TALK...” – EVIDENCE OF ITS EFFECTIVINESS

Teresinha Noronha¹; Emanuel Vital²

¹ Centro de Saúde Caldas da Rainha, ACES - Oeste Norte / fisiotnoronha@gmail.com

² Centro de Saúde Marinha Grande ACES – Pinhal Litoral II / e.vital@sapo.pt

RESUMO

Introdução: Pelo menos um em cada três adolescentes portugueses queixa-se de dores nas costas. A prevenção das raquialgias nas crianças e adolescentes é uma área em desenvolvimento onde a evidência é ainda limitada. O objetivo deste estudo é avaliar as competências cognitivas e comportamentais dos alunos dois anos após a implementação do programa “*Se As Minhas Costas Falassem...*”.

Metodologia: Desenho: estudo longitudinal. Amostra: toda a população estudantil do 7º ano de escolaridade do Concelho de Caldas da Rainha (N=584), que corresponderia aos alunos que estavam no 5º de escolaridade dois anos antes. Análise dos dados: descrição da distribuição dos dados e comparação das médias.

Resultados: Cerca de 40% dos alunos queixaram-se de dores nas costas e desses, 63,9% atribuíram como principal causa “O peso da mochila”. Não foram registadas perdas significativas na dimensão dos conhecimentos. Registou-se uma redução de cerca de 1,6Kg do peso das mochilas (T1-T2=1,6 ± 1,9Kg; IC(95%): 1,36; 1,88; $p=0,000$), e um aumento de 27,2% de alunos que transportavam mochilas mais ajustadas o tronco.

Conclusões: Os resultados obtidos confirmam outros estudos que avaliaram a efetividade do programa “*Se as Minhas Costas Falassem...*”. A manutenção das mudanças comportamentais dois anos após a realização daquele programa confirma a capacidade dos alunos para adotarem comportamentos protetores de saúde e consolidam a evidência relativa à efetividade daquele programa. Recomenda-se que os estabelecimentos de ensino ofereçam as condições necessárias para os alunos poderem implementar as competências comportamentais adquiridas.

Palavras-chave: Adolescentes; Promoção da Saúde; Raquialgias.

ABSTRACT

Introduction: At least one out of three Portuguese adolescents complaints of back pain. Back pain prevention in children and adolescents is a field under development where evidence is still limited. This study aims to evaluate the students behavior's and knowledge two years after the implementation of the health promotion program named “*Se As Minhas Costas Falassem...*” (“*If Only My Back Could Talk...*”).

Methods: Study design: follow-up, longitudinal study. Sample: all the population of the 7th Grade of Caldas da Rainha municipality (N=584), corresponding to all the 5th Grade students two years before. Data analysis: descriptive distribution and comparison of the mean.

Results: Almost 40% of the students complaint of back pain and, from these, 63,9% pointed out “the weight of the backpack” as the main cause of theirs complaints. No significant losses were noted at the knowledge dimension. We found a 1,6Kg reduction in backpack weight ($T1-T2=1,6 \pm 1,9\text{Kg}$; $CI(95\%): 1,36; 1,88$; $p= 0,000$), and an increase of 27,2% of students carrying their backpack better adjusted to their backs.

Conclusions: These results are in accordance with previous studies evaluating the effectiveness of the program “*If Only My Back Could Talk...*”. Maintaining behavioral changes two years after benefiting from a health promotion program, confirms the capacity of the students to adopt health protective behaviors and consolidates the effectiveness of that program. We recommend that schools should provide the necessary conditions for the students to implement and maintain the acquired behavioral competences.

Keywords: *Adolescents, Health promotion, Back pain.*

1. INTRODUÇÃO

Uma das áreas centrais de intervenção em promoção da saúde é a Escola. O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) em vigor desde 2006 (1) define e orienta as ações de saúde para a população infantil e juvenil, ao mesmo tempo que fornece indicações para as Escolas desenvolverem capacidades que lhes permitam integrar-se na Rede de Escolas Promotoras de Saúde. Os dois eixos principais do Programa Nacional de Saúde Escolar desenvolvem-se no sentido da “Vigilância e Proteção da Saúde” e da participação ativa da comunidade educativa para a “Aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde”. As intervenções preconizadas são direcionadas para a identificação e controlo dos fatores de risco para a saúde, assumindo, contudo, cada vez maior importância a adoção de um paradigma positivista que contempla a identificação e o reforço dos fatores de proteção da saúde.

A seleção de condições-alvo que justifiquem o investimento em projetos de promoção da saúde deve obedecer a critérios explícitos que considerem a dimensão epidemiológica do problema de saúde, a gravidade e impacto na qualidade de vida que a condição pode provocar e a dimensão socioeconómica da mesma. Os problemas músculo-esqueléticos da coluna vertebral cuja manifestação mais habitual é referida como “dores nas costas”, ou raquialgias, surgem como uma das condições que absorve mais recursos de saúde. As raquialgias têm uma elevada prevalência na população adulta, e, na população juvenil, as queixas de dores nas costas de origem não específica, afetam um em cada três adolescentes em Portugal (2) e a sua prevalência tende a aumentar com a idade. Em alguns países, estes números são mais preocupantes, tendo sido já iniciadas intervenções sérias para combater este problema. Para além da sua elevada prevalência, foi verificado existir uma associação entre queixas de dores nas costas na adolescência e problemas músculo-esqueléticos da coluna vertebral na idade adulta (3). Não sendo uma condição de saúde fatal, tem, contudo, um impacto muito importante na qualidade de vida e comporta custos socioeconómicos elevadíssimos. A Agência de Avaliação dos Cuidados de Saúde da Suécia no seu relatório de 2000, refere que os encargos atribuídos aos problemas das dores nas costas ultrapassam o triplo dos custos do conjunto de todos os tipos de cancro (4).

O trabalho desenvolvido nos últimos anos pelos autores do presente estudo no âmbito da vigilância epidemiológica das raquialgias nos adolescentes (5) permitiu determinar as condições-alvo de intervenção. Além disso, após dois anos de trabalho com alunos de 1º, 2º e 3º ciclo de várias escolas do concelho de Caldas da Rainha (6) foi possível identificar a população alvo e desenvolver um programa ajustado ao grupo e condição alvo. No ano letivo 2006/07, em parceria com todas as escolas do 2º ciclo públicas e privadas daquele Concelho, desenvolveu-se um programa de promoção da saúde envolvendo ativamente todos os alunos do 5º ano de escolaridade (7). Esta ação de promoção da saúde envolveu os docentes e contou com o apoio de vários parceiros nomeadamente a autarquia, a comunicação social e empresas locais.

O programa, com a designação *“Se As Minhas Costas Falassem...”*, tinha como objetivo criar junto dos alunos do 2º ciclo condições favoráveis ao desenvolvimento de competências para gestão do material escolar e para aquisição comportamentos protetores da saúde das costas. Simultaneamente, procurou-se avaliar e verificou-se a efetividade desta intervenção e o seu impacto nos alunos do 2º ciclo e na comunidade escolar, num estudo com uma metodologia de ensaio controlado(8).

O presente trabalho enquadra-se nos comportamentos relacionados com a postura e a utilização de equipamento de transporte do material escolar. Procurou determinar, dois anos depois do início do programa, o nível de retenção de conhecimentos adquiridos e a adoção de comportamentos protetores da saúde das costas pelos alunos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1. Material e Métodos

No ano letivo de 2008-2009, dois anos depois do início do programa, foi aplicado um inquérito de autopreenchimento para avaliar o nível de retenção de conhecimentos adquiridos pelos alunos aquando da implementação do programa, avaliar a perceção subjetiva do peso da mochila, as dores nas costas e a causa referida. Foi ainda realizada uma avaliação do peso da mochila e da forma de transporte da mochila numa amostra aleatória de alunos, de forma a avaliar objetivamente a adoção de comportamentos protetores da saúde das costas.

Este estudo adota um desenho longitudinal para avaliação de uma intervenção e um desenho observacional para identificação de fatores contextuais. Foram avaliados, com um intervalo de dois anos letivos todos os alunos do 7º ano de escolaridade do Concelho de Caldas da Rainha que corresponderiam aos alunos que estavam no 5º de escolaridade no ano letivo 2006/07. Estes alunos teriam participado no programa de promoção da saúde *“Se As Minhas Costas Falassem...”* que teve início nesse ano em todas as Escolas com 2º ciclo das Caldas da Rainha.

Para medição do peso da mochila e distância de C7 ao topo da mochila foram selecionadas aleatoriamente uma em cada quatro turmas.

2.2. Amostra

Dos 584 alunos que constituem a população do 7º ano de escolaridade do referido Concelho que respondeu ao inquérito de autopreenchimento, foram incluídos na amostra para o estudo do peso e do modo como transportam a mochila, os alunos com registos validados nos dois momentos. Assim, para o estudo do peso das mochilas a análise incidiu sobre uma amostra emparelhada de 214

sujeitos, e para o estudo da distância de C7 ao topo da mochila foram analisados os dados emparelhados de 105 sujeitos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Resultados

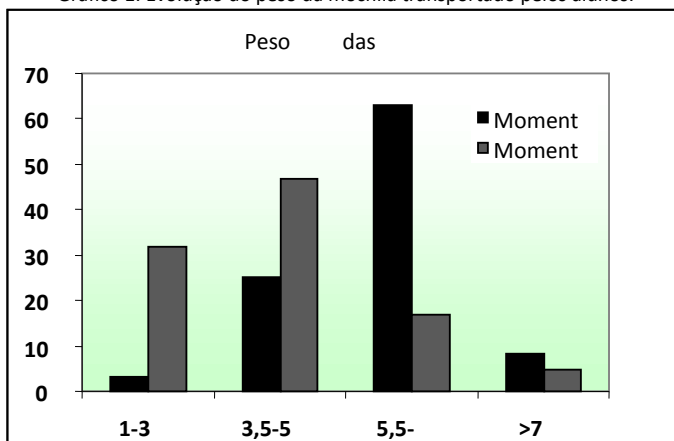
Dos 584 alunos que responderam ao inquérito, 233 alunos (39,9%) queixaram-se de dores das costas, e destes, 149 (63,9%) atribuíram como principal causa “O peso da mochila” (Tabela 1). Em relação ao peso da mochila, 67,1% (n=392) dos alunos consideram que a sua mochila é muito pesada ou pesada, e cerca de 33,6% atribui como causa “O peso dos livros e os materiais escolares”.

Tabela 1. Causa provável da dor que os alunos com raquialgias referem.

	<i>Respostas</i>	<i>%</i>
<i>Peso da mochila</i>	149	63,9
<i>Problemas da coluna</i>	18	7,7
<i>Má postura</i>	13	5,6
<i>Esforço físico</i>	12	5,2
<i>Acidentes</i>	4	1,7
<i>Outras causas</i>	13	5,6
<i>Não responde</i>	24	10,3
<i>Total</i>	233	100,0

Além do inquérito foi feita uma medição do peso da mochila e da distância do C7 ao topo da mochila numa amostra aleatória do universo dos 584 alunos do Concelho de Caldas da Rainha.

Gráfico 1. Evolução do peso da mochila transportado pelos alunos.



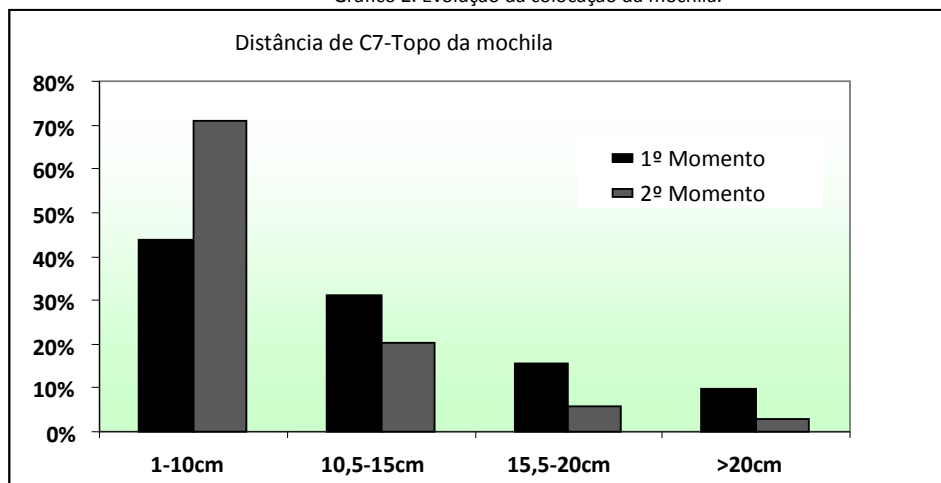
Compararam-se os dados do peso das mochilas obtidos no primeiro (T1) e segundo momento (T2) considerando apenas aqueles que tiveram as duas medições (n=214). Observou-se uma redução significativa de alunos que transportavam mochilas pesando entre 5,5 a 7 kg, passando a pesos inferiores. Em T1 o valor médio do peso da mochila era de $5,9 \pm 1,4\text{Kg}$; em T2, o valor médio baixou

para $4,3 \pm 1,7\text{Kg}$. A diferença entre T1 e T2 foi de $1,6\text{Kg}$ ($T1-T2=1,6 \pm 1,9\text{Kg}$; IC(95%): 1,36; 1,88; $p=0,000$).

Verificou-se que no segundo momento (T2) uma maior percentagem de alunos transportavam mochilas mais leves. Pode-se constatar, contudo, que uma pequena percentagem de alunos se mantem ainda exposta a excesso de carga (Gráfico 1).

Quanto à forma como os alunos modificaram o modo de transportar a mochila, medido pela distância de C7 ao topo da mochila considerou-se para análise unicamente aqueles que tiveram as duas medições ($n=105$).

Gráfico 2. Evolução da colocação da mochila.



Verifica-se pelo Gráfico 2 um aumento da percentagem de alunos que transportavam a mochila mais ajustada ao corpo (distância C7-topo da mochila até 10cm) e uma redução da percentagem de alunos que transportavam a mochila solta ou descaída (distância de C7-topo da mochila >15,5cm). A redução observada nesta variável foi significativa. Em T1 o valor médio da distância C7-topo da mochila foi de $12,2 \pm 5,3\text{cm}$; em T2, o valor médio baixou para $8,7 \pm 4,6\text{cm}$. A diferença entre T1 e T2 foi de $3,5\text{cm}$ ($T1-T2=3,5 \pm 6,5\text{cm}$; IC(95%): 2,24; 4,74; $p=0,000$).

Relativamente à retenção de conhecimentos verificou-se que, com um intervalo de dois anos lectivos, não houve grande perda no conhecimento teórico adquirido pelos alunos no primeiro momento. Dos 584 alunos, 360 responderam corretamente no primeiro momento à pergunta “Qual o peso máximo recomendado que se pode levar” e 341 alunos responderam acertadamente à mesma pergunta passados dois anos letivos (redução de 3,3%). Relativamente às questões sobre as características da mochila 40,1% dos alunos agora inquiridos conseguem nomear mais que três características. Além disso, 86,3% responderam acertadamente “Como transportar a mochila corretamente”; 38,9% descreveram pormenorizadamente “Como se deve arrumar os materiais escolares na mochila”; e 71,2% responderam corretamente à pergunta “Como evitar as dores nas costas”.

3.2. Discussão

Não se encontra na literatura nenhuma intervenção em promoção da saúde que permita fazer uma análise comparativa com o programa de promoção da saúde *“Se As Minhas Costas Falassem...”*. Além disso, não existem muitos estudos que avaliem a efetividade de programas de promoção nas dimensões cognitivas e comportamentais para a condição de saúde e para o grupo-alvo deste estudo. Acresce que o objetivo principal deste estudo era verificar se os efeitos daquele programa se mantinham passados dois anos e fazer uma análise observacional dos fatores contextuais que podem estar a condicionar a adoção de comportamentos de proteção da saúde para esta condição. Por este fato a discussão assume-se como uma análise reflexiva sobre aquele programa de promoção da saúde.

Os dados obtidos indicam que se registou uma manutenção ao nível do conhecimento teórico. Nos comportamentos relacionados com transporte e peso da mochila verificou-se uma melhoria. Pôde-se constatar ainda existir um maior cuidado com a arrumação do material escolar. Contudo, quase 40% dos alunos queixam-se de dores nas costas e apontam como causa *“O peso da mochila”*. Dois anos passados sobre a implementação do programa, observou-se ainda a existência de crianças a transportarem mochilas pesadas devido à grande quantidade de livros, muitas vezes por exigência dos docentes outras vezes devido à organização do horário. Os cadernos e dossiers também contribuem para o excesso de peso. Denota-se uma falta de conhecimento na escolha do material escolar que contribui para quase metade do peso da mochila. Regista-se ainda uma falta de organização criteriosa do dossier escolar.

A falta de cacifos e espaço próprio para guardar o material escolar é um fator preponderante para o excesso de peso das mochilas, potenciando a exposição a cargas excessivas obrigando os alunos a carregar todo o material escolar de sala a sala ao longo do ano letivo. A informação recolhida pela observação realizada sugere que em alguns casos existe o mito de que o desempenho do aluno está diretamente relacionado com o peso que carrega na mochila, estimulando assim alguns alunos a transportarem voluntariamente peso em excesso. Observaram-se muitos dossiers contendo fichas e testes de períodos anteriores. Uma boa capacidade de gestão do material da mochila e uma seleção criteriosa do material escolar poderia contribuir para a redução do peso das mochilas e para o seu transporte mais adequado.

Os alunos apontam como causa do peso da mochila o *“peso dos livros”*, e o *“excesso de material escolar”*. É opinião dos autores que os estabelecimentos de ensino deveriam estar dotados de cacifos suficientes para todos os alunos, de forma a lhes permitir guardar o seu material, levando apenas o necessário para as suas aulas; deste modo seria possível reduzir ainda mais o peso da mochila transportado ao longo do dia. Na perspetiva do bem-estar dos alunos, julgamos que eles necessitam de condições mínimas para poderem aplicar de forma efetiva as competências adquiridas nestes programas de promoção da saúde que exigem mudanças comportamentais.

4. CONCLUSÃO

A Organização Mundial da Saúde determinou a década passada, de 2000 a 2010, como a *“Década dos Ossos e Articulações”* com o objetivo de incentivar os países a adotarem medidas e fomentarem programas de intervenção comunitária para proteger a população dos problemas de saúde do sistema músculo-esquelético. Reconhecendo que as raquialgias correspondem a uma perda significativa de produtividade devido a baixas e absentismo da população ativa, assim como a um

grande dispêndio dos recursos públicos para lidar com esta condição de saúde, vários países já tomaram medidas efetivas para a redução do peso das mochilas há mais de uma década.

Os dados obtidos em vários estudos e também neste, sugerem que o programa “*Se as Minhas Costas Falassem...*” alcançou o seu objetivo. Os alunos desenvolveram e mantiveram competências para fazerem uma escolha adequada da mochila e para arrumarem adequadamente o seu conteúdo. Este programa contribuiu para a adoção de comportamentos protetores da saúde das costas.

Foram identificados ainda fatores contextuais relacionados com o meio físico e equipamento escolar e ainda fatores pessoais como crenças comportamentais que podem influenciar as escolhas e os comportamentos relacionados com a escolha, o uso, a manipulação da mochila e material escolar.

Considera-se por isso importante continuar a investir na criação de condições para o desenvolvimento do programa “*Se as Minhas Costas Falassem...*” garantindo que ele possa intervir de forma mais abrangente junto da comunidade escolar.

Os resultados obtidos com estas intervenções no âmbito da promoção da saúde justificam que o programa “*Se as Minhas Costas Falassem...*” se estenda para além dos seus limites geográficos atuais, e seja implementado num âmbito mais alargado. A evidência da sua efetividade apresentada em estudos sucessivos deveria permitir sensibilizar os decisores políticos para incluírem nas suas medidas e programas de saúde, a saúde das costas das crianças e jovens.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) DGS. (2006). Programa de Saúde Escolar Ano lectivo 2004/05. Direção-Geral da Saúde - Divisão de Saúde Escolar. Lisboa.
- (2) Matos, M. (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- (3) Brattberg, G. (2004). Do pain problems in young school children persist into early adulthood? A 13-year follow-up. *European Journal of Pain*, 8, 187–199.
- (4) Jonsson E. Back Pain, Neck pain - An Evidence Based Review. Stockholm: SBU; 2000. Report No.: 145.
- (5) Vital E, Melo MJ, Nascimento AI, Roque AL. Raquialgias na Entrada da Adolescência: estudo dos factores condicionantes em alunos do 5º ano. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2006; 24:57-84.
- (6) Noronha T, Vital E. Fisioterapia em Saúde Escolar – dos modelos às práticas. *Arquivos de Fisioterapia* 2008; 1:11-28.
- (7) Noronha T, Vital E. “Se as Minhas Costas Falassem...”. In: Bonito J, editor. *Educação para a Saúde no Século XXI: teorias, modelos e práticas*. Évora: Universidade de Évora - CIEP; 2008; 21-33.
- (8) Vital E, Noronha T. O Efeito do Programa de Promoção da Saúde “Se as Minhas Costas Falassem...” na Modificação dos Factores de Risco das Dores nas Costas – um ensaio controlado. In: Bonito J, editor. *Educação para a Saúde no Século XXI: teorias, modelos e práticas*. Évora: Universidade de Évora - CIEP; 2008; 34-48.

SUPORTE SOCIAL NA ADOLESCÊNCIA: IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO

SOCIAL SUPPORT IN ADOLESCENCE: IMPACT OF AN INTERVENTION

P. Nelas¹; C. Silva²; M. Ferreira¹; J. Duarte¹; C. Chaves¹ & E. Coutinho¹

¹Escola Superior de Saúde de Viseu, pnelas@gmail.com

²Universidade de Aveiro, csilva@ua.pt

¹Escola Superior de Saúde de Viseu, mmcferreira@gmail.com

¹Escola Superior de Saúde de Viseu, duarte.johnny@gmail.com

¹Escola Superior de Saúde de Viseu, claudiachaves21@gmail.com

¹Escola Superior de Saúde de Viseu, ecoutinhoessv@gmail.com

RESUMO

Enquadramento: Existem um número significativo de fatores que podem mediar as discrepâncias entre suporte percebido e o recebido. Tanto as redes sociais como o apoio social percebido têm um papel fundamental no desenvolvimento e bem-estar dos adolescentes. O objetivo deste estudo procurou testar a efetividade de uma intervenção formativa sobre a percepção do suporte social em adolescentes.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo e correlacional numa amostra de 840 adolescentes (441 do sexo masculino e 399 do sexo feminino, média de idades de 14.44 anos). O questionário inclui perguntas de caracterização sócio-demográfica da amostra e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999).

Resultados: São as raparigas, os adolescentes mais jovens, os residentes em meio urbano e que não praticam a religião os mais satisfeitos com o suporte social. A intervenção formativa produziu efeito na satisfação com as amizades ($p=0.004$) e na satisfação com a família ($p=0.000$).

Conclusões: Os resultados sugerem a importância de promover junto dos adolescentes a reflexão sistemática, através de metodologias ativas e participativas, sobre a importância das redes de suporte social na adolescência.

Palavras-chave: adolescência, suporte social, intervenção formativa, escola.

ABSTRACT

Background: There are a number of significant factors that could mediate the discrepancies between perceived support and received support. Both social networks and perceived social support have a role in the development and well-being of adolescents. The aim of this study sought to test the effectiveness of a training intervention on perceived social support in adolescents.

Methods: This is a quantitative, descriptive and correlational study with a sample of 840 adolescents (441 male and 399 female, mean age of 14:44 years old). The questionnaire includes socio-demographic questions of sample and the Scale of Satisfaction with Social Support (Ribeiro, 1999).

Results: Girls, younger adolescents, those living in urban areas and those who do not practice religion that are the most satisfied with social support. The training intervention had an effect on the satisfaction with friendships ($p = 0.004$) and satisfaction with family ($p = 0.000$).

Conclusion: The results suggest it is significant to promote systematic reflection, through active and participatory methodologies, on the importance of social support networks in adolescence.

Key words: adolescence, social support, training intervention, school.

1. INTRODUÇÃO

O ser humano tem três grandes necessidades interpessoais: necessidade de estabelecer vínculos com progenitores que possam assegurar a sua sobrevivência e segurança emocional; necessidade de estabelecer relações e vínculos de conhecimento e amizade com membros da comunidade, de forma a satisfazer necessidades lúdicas e sentir pertença a um grupo, necessidades de intimidade corporal sexual que satisfaça os desejos de prazer e afeto (López, 2005). A satisfação destas necessidades interpessoais é crucial para a existência de suporte social efetivo. A rede social é fundamental no desenvolvimento e bem estar do adolescente, sendo constituída por um conjunto de relações interpessoais que este estabelece com aqueles que lhe são significativos no ambiente em que está inserido (Neves, 1995; Helgeson, 2003).

Torna-se assim importante conhecer a satisfação com o suporte social em adolescentes, tanto ao nível das relações familiares como das sociais, nomeadamente as estabelecidas no grupo de pares, uma vez que nesta fase as relações de amizade desempenham um papel crucial no desenvolvimento afetivo e psicossocial.

A família surge, na opinião de Pratt (1991), como um prestador de suporte muito importante a vários níveis. Uma família carinhosa e estável torna-se um importante meio de ajuda, possibilitando, no caso dos adolescentes, superar os conflitos e angústias. As conceções de suporte oferecido pela família devem incluir para além de amor, estima e confiança, mecanismos de suporte como o companheirismo, a educação de comportamentos saudáveis, o suporte informal, instrumental e outros. (Chen, Tellen e Chen, 1995) referem que as adolescentes veem os membros familiares, em especial as suas mães, como as mais importantes fontes de suporte. Note-se que, apesar deste facto, a influência familiar diminui na adolescência, e a eficácia de variados mecanismos de suporte também se modifica. No princípio da adolescência quando o indivíduo procura autonomia, intensificando as suas relações com os pares, só a família é capaz de atenuar o impacto negativo dos problemas dentro do grupo de pares (Wenz-Gross *et al.*, 1997).

Apesar da atitude de ambivalência em que vivem, os adolescentes sentem, muitas vezes, que os adultos, principalmente os pais podem ser uma grande ajuda, visto que funcionam como recursos ao estarem disponíveis nos momentos mais difíceis. Na opinião de alguns adolescentes, quando os pais têm uma relação próxima com os filhos e conseguem estabelecer uma comunicação positiva são mais importantes que os amigos. *“Se calhar vocês acham os amigos são mais importantes que a família porque não falam com os vossos pais. Eu tenho à-vontade para falar com eles e com os amigos, mas gosto mais de falar com os meus pais”*. *“A opinião dos pais é sempre um bocado mais madura mas depende também da forma como eles fazem... se eles nos dizem: não faças isto e aquilo ou proibem, isso é péssimo.”*. Dias, Matos & Gonçalves (2007, p.630).

No mesmo estudo, podemos verificar que a maioria dos adolescentes considera os pares como uma fonte confortável e bastante acessível de informação e de suporte, permitindo-lhes sentirem-se mais à vontade para trocar ideias, ouvir conselhos e opiniões e esclarecer dúvidas. *“Eu a conversar com as minhas amigas, já tirei muitas informações e fiquei a saber coisas que nem sequer sabia. Os amigos são a forma mais fácil de obtermos informação sobre isso...”*; *“Nem todos têm a abertura para falar com os pais. Com os amigos falamos abertamente, dão-nos conselhos, trocamos ideias. Contamos as nossas coisas, não temos tabus. Vai-se sabendo novas coisas, diferentes experiências, cada um tem a sua e podemos aprender com os outros a ver como é que podemos tomar as decisões.”* (p.629).

Na literatura existente sobre os adolescentes, é sugerida a importância de observar as interações fornecedoras de suporte social dentro de um determinado contexto de relações específicas (Cauce & Srebnik, 1990). No caso, interessa referir algumas das relações mais importantes que lhe conferem esse suporte: progenitores, irmãos, namorado(a), amigos, família, vizinhos, professores e colegas de escola.

Torna-se importante conhecer a satisfação com o suporte social em adolescentes, tanto ao nível das relações familiares como das sociais, nomeadamente as estabelecidas no grupo de pares, uma vez que como referimos nesta etapa de desenvolvimento as relações de amizade desempenham um papel crucial no desenvolvimento afetivo e psicossocial.

Num estudo com uma amostra aleatória de 3185 crianças e adolescentes (idades entre os 10 e os 16 anos) dos 5º e 7º anos de escolaridade nas cinco regiões de Portugal continental, os resultados evidenciaram que os participantes do sexo masculino apresentam uma média na dimensão necessidade de atividades ligadas ao suporte social (NASS) significativamente mais baixa do que os do sexo feminino. No que concerne à variável idade, são os participantes da faixa etária inferior que apresentam valores superiores na dimensão satisfação com o suporte social (SSS) relativamente aos participantes com 12 ou mais anos. Na dimensão NASS invertem-se os papéis, ou seja, são os indivíduos da faixa etária superior que apresentam índices médios superiores neste fator da escala de satisfação com o suporte social (ESSS). Na variável, estatuto socioeconómico (ESSE), só foram verificadas diferenças significativas para a dimensão de NASS. (Gaspar, Ribeiro, Leal & Matos, (2008).

Um estudo desenvolvido por Cordeiro; Claudino & Arriaga (2006), com uma amostra de 262 adolescentes com uma idade média de 17,71 anos, verificou-se que os participantes do grupo etário 16 - 18 anos apresentaram um valor médio de suporte social mais elevado do que os indivíduos do grupo etário 19 - 21 anos, no entanto, sem diferenças estatisticamente significativas. Os participantes do sexo masculino apresentaram um valor médio de suporte social mais elevado do que os indivíduos do sexo feminino, com diferença estatística significativa entre os sexos. Pensa-se que os participantes do sexo masculino apresentam maior perceção de suporte social pelo facto de se encontrarem mais envolvidos em atividades sociais e lúdicas, sendo-lhe dada de certa forma, mais liberdade. Os rapazes desprendem-se mais da família, criando laços mais fortes com o seu grupo de pares, exprimindo, de certa forma, o desejo sair do seu espaço familiar; já as raparigas procuram mais rapidamente a autonomia interna, e só mais tarde sentem a necessidade de exteriorizar esses sentimentos, criando laços fora do círculo familiar. Das dimensões do Suporte Social constatou-se que a dimensão Satisfação com a Amizade apresenta o valor médio mais elevado e que a dimensão Atividades Sociais apresenta um valor médio mais baixo.

Também, quanto maiores as dificuldades de relacionamento com os pais (indicado por dificuldade de conversação) maiores as ocorrências de problemas de comportamento e mais baixos os

indicadores de desempenho académico. Este estudo com adolescentes portugueses apresentou evidências de que o suporte social e o nível socioeconómico tendem a afetar o desempenho interpessoal e académico dos mesmos (Feitosa *et al.*, 2005).

Num estudo com 35 adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 11 e 16 anos e tendo por objetivo avaliar a perceção de adolescentes institucionalizados relativamente à sua rede de apoio social e afetivo, tendo em vista as mudanças nos relacionamentos, decorrentes da situação de institucionalização, verificou-se que a principal fonte de apoio foi representada pelos adultos, especialmente os familiares e os monitores dos abrigos, e que o principal tipo de apoio percebido foi o instrumental. Também foram observadas diferenças entre os sexos na perceção das redes de apoio (Siqueira, Betts, & Dell’Aglio, 2006).

Assim, emerge a necessidade de trabalhar com os adolescentes questões relacionadas à importância das redes de suporte, debatendo-se e refletindo-se sobre situações do quotidiano da vida social, nas quais, mais tarde poderão, ou não, estar envolvidos.

Através de uma intervenção formativa, realizada em contexto de sala de aula, tentamos levar os adolescentes a refletirem na importância das redes de suporte que têm ao seu alcance, quer dentro da esfera familiar, quer no grupo mais alargado, no qual se incluem os amigos e a escola na figura dos seus professores. Estas intervenções formativas, devem possibilitar a integração harmoniosa das várias dimensões da pessoa, através de uma cultura de respeito e responsabilidade. Os trabalhos desenvolvidos em sala de aula devem processar-se através de situações dinâmicas de trabalho, onde o papel dos alunos é capital, cabendo-lhes, sob supervisão do formador, colocar as suas dúvidas e colaborar na procura de respostas. Só pela sua participação ativa podem considerar que a formação em causa lhes diz realmente respeito. No sentido de verificar a eficácia das intervenções formativas, estas devem ser monitorizadas, através de instrumentos de medida.

Face ao exposto, emerge a questão de investigação, em que medida a perceção do suporte social se altera após a intervenção formativa?

2. MATERIAL E MÉTODOS

O tipo de estudo que delineamos para testar a efetividade de uma intervenção formativa, numa amostra de 840 adolescentes, com idade média de 14.4 anos (± 1.25 anos), possui as características dos estudos quantitativos, descritivos e correlacionais. Recorremos a uma amostragem não probabilística por conveniência, tendo por base os adolescentes que frequentavam o 9º ano de escolaridade de escolas EB 2/3 dos distritos de Viseu e Aveiro

Na recolha de dados foi utilizado um questionário sócio-demográfico e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) de Pais Ribeiro (1999).

A escala, é constituída por quinze frases que são apresentadas para autopreenchimento, como um conjunto de afirmações. O sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação numa escala ordinal tipo Likert com cinco proposições “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “nem concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente. A análise fatorial, exploratória, realizada pelo autor, revelou a existência de quatro fatores que explicam 63.1% da variância total: O primeiro fator é denominado “satisfação com os amigos” e inclui os itens (1, 2, 3, 4, 5). O fator dois, chamado de “intimidade”, inclui quatro itens (6, 7, 8, 9). O fator três, “satisfação com a família”, é composto por três itens (10, 11 e 12). O quarto fator, “atividades sociais”, é também composto por três itens (13, 14, 15).

O questionário por nós utilizado para recolher dados foi aplicado antes e uma semana após a intervenção formativa. Antes da aplicação foi explicado aos adolescentes o tema, os objetivos e a colaboração que deles se pretendia, reforçando-se uma vez mais o caráter de voluntariedade de participação no estudo. Procedemos à sua distribuição e apelamos à sinceridade no seu preenchimento. Foi-lhes também solicitado na altura do preenchimento do questionário que colocassem na primeira folha um número diferente do seu número de aluno, com indicação para o memorizarem, uma vez que iria ser utilizado no segundo momento de recolha de dados, após a intervenção formativa.

Na análise estatística dos dados foi utilizado como suporte informático, o programa SPSS – *Statistical Package for Social Sciences (Versão 18.0 for Windows)*.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os rapazes representam 52.5% da totalidade da amostra, e as raparigas têm uma representatividade de 47.5%. As estatísticas relacionadas com a idade revelam uma idade mínima de 13 anos e uma máxima de 17 anos, sendo que a idade média é de 14.4 anos (± 1.25 anos). Os rapazes são em média mais velhos ($M = 14.5$ anos) que as raparigas ($M = 14.3$ anos) com diferenças significativas entre os dois grupos, conforme resultado do teste t para amostras independentes ($t = 2.365$; $p = 0.018$). No referente a outras variáveis sócio-demográficas utilizadas na caracterização da amostra, tais como, sexo, local de residência, coabitação, escolaridade dos pais e fratria, os resultados dos nossos estudos estão em conformidade com os obtidos por Matos et al. (2006). Efetivamente 52.5% dos inquiridos são do sexo masculino, 47.5% do feminino, metade da amostra reside em meio urbano, e 93.2% coabita com os pais.

Tabela 1 – Estatísticas da idade dos adolescentes

<i>Idade</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>CV (%)</i>	<i>Sk/erro</i>	<i>K/erro</i>	<i>K/S</i>
Masculino	441	13	17	14.51	0.866	5.96	7.59	8.26	0.000
Feminino	399	13	17	14.37	0.840	5.84	2.099	3.52	0.000
Total	840	13	17	14.44	0.856	5.92	11.13	3.73	0.000

A maioria dos adolescentes vive na cidade (51.0%), sendo esta percentagem mais prevalente entre as raparigas (53.1%). Já para os que residem em zona rural (49.0%) denota-se que o maior valor percentual recai para os rapazes. No que se refere à coabitação, notamos que cerca de 9 em cada 10 vive com os pais. Uma pesquisa realizada por Nodin (2001) concluiu que os indivíduos do sexo masculino, residentes em zonas semiurbanas e rurais, apresentam fatores de risco mais elevados, existindo diferenças em relação ao sexo.

Tabela 2 - Caracterização sócio-demográfica da amostra em função do sexo

<i>Sexo Variáveis</i>	<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>		<i>Total</i>		<i>Residuais</i>		<i>Qui quadrado</i>	
	<i>Nº (441)</i>	<i>% (52.5)</i>	<i>Nº (399)</i>	<i>% (47.5)</i>	<i>Nº (840)</i>	<i>% (100.0)</i>	<i>Masc</i>	<i>Fem</i>	<i>X²</i>	<i>p</i>
Zona de residência										
Rural	225	51.0	187	46.9	412	49.0	1.2	-1.2	1.446	0.229
Urbana	216	49.0	212	53.1	428	51.0	-1.2	1.2		
Coabitação com os pais										
Sim	410	93.0	373	93.5	783	93.2	-0.3	0.3	0.087	0.768
Não	31	7.0	26	6.5	57	6.8	0.3	-0.3		

Relativamente às estatísticas relacionadas com a idade dos pais verificamos, no que respeita à progenitora, a idade mínima é de 29 anos e a máxima de 69 anos, sendo a média de 41.3 anos (± 5.14 d.p.). O progenitor com idades mínimas e máximas de 30 e 70 anos, apresenta uma idade ligeiramente superior já que a média é de 43.8 anos (± 5.44 d.p.).

Tabela 3 – Estatísticas da idade dos pais dos adolescentes

<i>Idade</i>								
<i>Sexo</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>CV (%)</i>	<i>Sk/erro</i>	<i>K/erro</i>	<i>K/S</i>
Idade mãe	29	69	41.34	5.14	12.43	7.59	7.36	0.000
Idade pai	30	70	43.84	5.44	12.40	11.42	9.70	0.000

Os valores médios das subescalas de suporte social oscilam entre os 8.60 nas atividades sociais e os 20.46 na satisfação com as amigas. O índice mínimo e máximo da satisfação com o suporte social total é de 19 e 75 respetivamente a que corresponde uma média de 55.60 e desvio padrão de 8.94. Após a intervenção formativa os índices mínimos (15) são encontrados na satisfação com a família e atividades sociais e o máximo (31) na satisfação com amigas, sendo que as médias par as mesmas subescalas são de 11.73, 8.55 e 19.69. No suporte social total os índices mínimos e máximos são de 21 e 77 com um valor médio ligeiramente inferior (média 54.11 ± 8.98) ao obtido antes da intervenção. Um estudo desenvolvido por Gaspar, Ribeiro, Leal & Matos (2008) evidenciaram que os participantes do sexo masculino apresentam uma média na dimensão necessidade de atividades ligadas ao suporte social, significativamente mais baixa do que a amostra do sexo feminino. No que concerne à variável idade, são os indivíduos da faixa etária inferior que apresentam valores superiores na dimensão satisfação com o suporte social, relativamente aos indivíduos com 12 ou mais anos. Na dimensão necessidade de atividades ligadas ao suporte social invertem-se os papéis, ou seja, os indivíduos da faixa etária superior, são os que apresentam índices médios superiores neste fator da escala. Na variável, estatuto socioeconómico só foram verificadas diferenças significativas para a dimensão de necessidade de atividades ligadas ao suporte social.

Tabela 4 - Estatísticas relativas à satisfação com o suporte social antes e após a intervenção formativa

<i>Estatísticas</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>D.P.</i>	<i>CV (%)</i>	<i>Sk/erro</i>	<i>K/erro</i>	<i>K/S</i>
Antes								
Satisfação amigas	5	25	20.46	3.51	17.15	- 5.63	9.78	0.000
Intimidade	4	20	14.51	3.33	22.94	- 4.60	-0.55	0.000
Satisfação família	3	15	12.01	2.79	23.23	- 10.32	1.61	0.000
Atividades sociais	3	15	8.60	2.90	33.62	-2.35	- 1.55	0.000
Suporte total	19	75	55.60	8.94	16.07	- 3.15	1.60	0.014
Após								
Satisfação amigas	5	31	19.69	3.70	18.79	- 4.59	- 2.03	0.000
Intimidade	4	20	14.13	3.14	22.22	- 0.23	0.710	0.000
Satisfação família	3	15	11.73	2.75	23.44	- 7.42	- 0.52	0.000
Atividades sociais	3	15	8.55	2.77	32.39	-1.30	- 0.01	0.000
Suporte total	21	77	54.11	8.98	16.59	0.11	0.82	0.000

Dada a possibilidade de ocorrer a influência do sexo sobre o suporte social antes e após a intervenção formativa, realizamos testes t para cada uma das subescalas. Nota-se que antes da intervenção formativa, o sexo feminino apresenta uma maior satisfação com o suporte social em relação à satisfação com as amigas, intimidade, atividades sociais e suporte social total, que o

masculino, sendo o valor explicativo apenas para a satisfação com as amizades. O teste de Levene assume igualdade de variâncias em todas as subescalas. No que respeita à satisfação com o suporte social após a intervenção, o sexo feminino continua a manifestar maior satisfação em todas as subescalas e suporte social total. Com igualdade de variâncias, o teste t para amostras independentes revela significâncias estatísticas em relação à satisfação com amizades e suporte social total. Constatamos no nosso estudo que antes e após a intervenção formativa são os adolescentes do sexo feminino que apresentam uma maior satisfação com o suporte social em relação à satisfação com as amizades, intimidade atividades sociais e suporte social total, que o masculino.

A resultados discordantes chegaram Cordeiro; Claudino & Arriaga (2006), em algumas das variáveis por nós estudadas. Com efeito, ao estudarem uma amostra de 262 adolescentes concluíram que os indivíduos do sexo masculino apresentavam um valor médio de suporte social mais elevado do que os indivíduos do sexo feminino, sendo significativa a diferença entre sexos. Os autores argumentam que esta diferença possa ser devida ao facto dos indivíduos do sexo masculino se apresentarem mais envolvidos em atividades sociais e lúdicas, sendo-lhe dadas de certa forma, mais liberdade. Os rapazes desprendem-se mais da família, criando laços mais fortes com o seu grupo de pares, exprimindo o desejo de sair do seu espaço familiar. Já as raparigas procuram mais rapidamente a autonomia interna e só mais tarde sentem a necessidade de exteriorizar esses sentimentos, criando laços fora do círculo familiar.

Tabela 5 - Teste t de student entre satisfação com o suporte social antes e após a intervenção formativa e sexo

	<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>		<i>Leven,s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Intervenção formativa</i>	<i>Média</i>	<i>Dp</i>	<i>Média</i>	<i>Dp</i>	<i>p</i>		
Antes							
Satisfação amizades	20.17	3.64	20.78	3.33	0.177	-2.521	0.012
Intimidade	14.45	3.32	14.58	3.33	0.677	-0.536	0.592
Satisfação família	12.10	2.74	11.92	2.84	0.467	0.943	0.346
Atividades sociais	8.43	2.80	8.79	3.00	0.093	-1.791	0.074
Suporte total	55.17	8.99	56.08	8.87	0.814	-1.474	0.141
Após							
Satisfação amizades	19.22	3.67	20.21	3.67	0.673	-3.900	0.000
Intimidade	13.86	3.06	14.43	3.20	0.245	-2.631	0.009
Satisfação família	11.67	2.70	11.80	2.81	0.709	-0.663	0.507
Atividades sociais	8.38	2.77	8.74	2.77	0.961	-1.860	0.063
Suporte total	53.14	8.77	55.18	9.09	0.620	-3.311	0.001

O teste de Kruskall Wallis revelou a inexistência de significância estatística para todas as subescalas e valor global antes da intervenção formativa, embora as ordenações médias indiciem que os adolescentes com 17 anos estejam mais satisfeitos com as amizades e os de 13 anos com as intimidades, satisfação com a família, atividades sociais e suporte social total. Após a intervenção são os adolescentes com 13 anos que revelam maior satisfação em todas as dimensões do suporte social secundados pelos adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e 16 anos, surgindo em último lugar os mais velhos, mas as diferenças entre os grupos não são significativas.

Tabela 6 - Teste de Kruskal Wallis entre satisfação com o suporte social e idade

Idade	13	14- 16	17	χ^2	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Antes					
Satisfação amigos	430.39	418.54	470.76	0.966	0.617
Intimidade	481.99	416.40	407.76	3.838	0.147
Satisfação família	472.43	416.55	429.63	2.837	0.242
Atividades sociais	428.21	420.90	381.87	0.546	0.761
Suporte total	470.69	416.85	422.55	2.532	0.282
Após					
Satisfação amigos	461.54	420.00	321.71	4.760	0.093
Intimidade	449.76	420.76	325.39	3.769	0.152
Satisfação família	512.15	415.73	347.58	10.105	0.006
Atividades sociais	405.85	423.18	355.05	1.707	0.426
Suporte total	466.52	420.22	298.55	6.789	0.034

Examinando as variações das dimensões do suporte social face ao local de residência, apuramos que antes da intervenção formativa, os adolescentes residentes na zona urbana revelam maiores índices de satisfação com o suporte social no que se refere à satisfação com as amizades, intimidade, atividades sociais e suporte social total e menor em relação à satisfação com a família que os residentes na zona rural. Após a intervenção mantêm-se os níveis mais elevados de satisfação com o suporte social nas diversas dimensões, nos adolescentes residentes na zona urbana com significância estatística para a satisfação com a amizade, intimidade e suporte social total, sendo que as variâncias são homogêneas. A zona de residência não interage com o suporte social, no entanto, os adolescentes residentes na zona urbana revelam maiores índices de satisfação com o suporte social, no que se refere à satisfação com as amizades, intimidade atividades sociais e suporte social total e menor em relação à satisfação com a família que os residentes na zona rural.

Tabela 7 - Teste t de student entre satisfação com o suporte social antes e após a intervenção formativa e residência

Residência	Rural		Urbana		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Antes							
Satisfação amigos	20.42	3.41	20.49	3.60	0.695	-0.281	0.779
Intimidade	14.45	3.35	14.57	3.30	0.889	-0.494	0.621
Satisfação família	12.09	2.76	11.94	2.82	0.850	0.806	0.420
Atividades sociais	8.50	3.00	8.70	2.81	0.218	-1.037	0.300
Suporte total	55.48	8.76	55.71	9.11	0.838	-0.379	0.704
Após							
Satisfação amigos	19.39	3.66	19.97	3.72	0.864	-2.286	0.023
Intimidade	13.82	3.00	14.43	3.24	0.081	-2.830	0.005
Satisfação família	11.76	2.71	11.70	2.79	0.851	0.323	0.747
Atividades sociais	8.43	2.67	8.67	2.87	0.032	-1.232	0.218
Suporte total	55.41	8.56	54.78	9.32	0.159	-2.215	0.027

O coeficiente de correlação de Pearson revela correlações positivas e significativas, o que nos permite afirmar que a melhores dos índices antes da intervenção formativa corresponde a melhores índices após a intervenção em todas as variáveis.

Tabela 8 – Teste t emparelhado para comparação de médias antes e após a intervenção formativa

<i>Variáveis</i>	<i>r</i>	<i>r²</i>	<i>p</i>	<i>Diferença médias</i>	<i>dp</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Satisfação suporte social (total)	0.529	0.279	0.000	0.38214	3.14	3.519	0.000
Satisfação com amizades	0.484	0.234	0.000	0.28214	2.81	2.901	0.004
Intimidade	0.490	0.240	0.000	0.05119	2.87	0.517	0.606
Satisfação com família	0.589	0.346	0.000	1.48690	8.12	5.302	0.000
Atividades sociais	0.697	0.485	0.000	0.22143	8.49	0.755	0.450

A partir dos índices obtidos nas dimensões da satisfação com o suporte social, antes e após a intervenção formativa, foi criado o módulo de diferenças de médias. Os valores mínimos em todas as dimensões apresentam índices negativos que oscilam entre os -12.00 na satisfação com a intimidade, satisfação com a família e atividades sociais e os -36.00 no suporte social total. Os valores máximos por sua vez situam-se entre os valores 10.00 na intimidade e atividades sociais e os 33.00 na satisfação social total.

Tabela 9 – Estatísticas relativas à diferença de médias das variáveis objecto de intervenção formativa

<i>Estatísticas</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>Sk/erro</i>	<i>K/erro</i>	<i>K/S</i>
Satisfação suporte social (total)	-36.00	33.00	-1.43	8.09	-6.10	9.75	0.000
Satisfação com amizades	-18.00	12.00	-0.748	3.73	-4.18	7.62	0.000
Intimidade	-12.00	10.00	-0.380	3.14	-2.09	5.97	0.000
Satisfação com família	-12.00	11.00	-0.255	2.80	-1.31	7.28	0.000
Atividades sociais	-12.00	10.00	-0.053	2.87	-2.29	6.04	0.000

Para finalizar, procuramos saber se a diferença de médias encontradas para todas as variáveis em análise eram discriminadas pelo sexo. A sinopse dos resultados obtidos com o teste t para amostras independentes extrai-se que o sexo feminino apresenta índices mais elevados que o masculino, excetuando as atividades sociais, mas as diferenças só produziram efeitos significativos em relação à satisfação com o suporte social total e satisfação com a intimidade.

Tabela 10 - Teste t de student para amostras independentes entre as variáveis em estudo e sexo

	<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>		<i>Leven,s p</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
	<i>Média</i>	<i>Dp</i>	<i>Média</i>	<i>Dp</i>			
Satisfação suporte social (total)	-2.02	8.84	-0.89	7.22	0.000	-2.041	0.042
Satisfação com amizades	-0.95	4.08	-0.57	3.31	0.000	-1.488	0.137
Intimidade	-0.59	3.23	-0.14	3.03	0.086	-2.056	0.040
Satisfação com família	-0.42	2.98	-0.12	2.61	0.003	-1.595	0.111
Atividades sociais	-0.04	3.06	-0.05	2.64	0.007	-0.017	0.989

4. CONCLUSÃO

A revisão de literatura e o estudo empírico realizado permitiu retirar alguns contributos que nos pareceram válidos para a elaboração de uma síntese clarificadora da problemática em análise e para a sugestão de formas complementares de intervenção que visem a implementação de estratégias de promoção de satisfação com o suporte social em adolescentes. Do nosso ponto de vista, pensamos ser urgente a aplicação de programas de intervenção formativos em contexto escolar, ou outro, que

integrem de uma forma harmoniosa as várias dimensões do suporte social e que promovam nos adolescentes a aquisição de uma postura responsável, flexível e gratificante enquanto cidadãos. Este investimento formativo terá de ser arquitetado e realizado de modo a que tenha o máximo efeito no público-alvo, que no caso, são os adolescentes.

Em quaisquer dos estudos analisados e que serviram de suporte teórico à nossa pesquisa, conclui-se que é preciso direcionar os esforços no sentido de incrementar o suporte social como variável da educação para a saúde e cidadania, pelo que é nossa sugestão investir-se na educação contínua e integrada desde o ensino primário. Esta, deve ser abordada de forma multidisciplinar. Os formadores envolvidos devem formar e informar os adolescentes, permitindo-lhes desta forma a possibilidade de escolhas assertivas.

Nesse sentido sugerimos as seguintes intervenções:

- Promover debates entre e com adolescentes do terceiro ciclo sobre a problemática do suporte social e da importância das redes de suporte;
- Criar gabinetes de apoio, dinamizados pelos adolescentes com colaboração multidisciplinar;
- Criar protocolos interinstitucionais que promovam formação para pais, professores e demais comunidade que interaja com adolescentes;
- Elaborar projetos que incluam o suporte social na educação pelos pares em contexto escolar.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Cauce, A. M. (1986). Social networks and social competence: Exploring the effects of early adolescent friendships. *American Journal of Community Psychology*, 14(6), 607-627.
- (2) Chen, S. C., Tellen, S. & Chen, E. H. (1995). Family and community support of urban pregnant students: support person, function and parity. *Journal of Community Psychology*, 23, 28-33.
- (3) Cordeiro, R., Claudino, J., & Arriaga, M. (2006). Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 39(6), 1-9. Acesso em março 4, 2010, em <http://www.rieoei.org/deloslectores/1272Cordeiro.pdf>.
- (4) Dias, S., Matos, G. M., Gonçalves, A. (2007). Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 4(XV), 625-634.
- (5) Feitosa, F. B., Matos, M. G., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). Suporte social, nível socioeconómico e o ajustamento social e escolar de adolescentes portugueses. *Temas em Psicologia*, 13(2), 129-138. Acesso em junho, 5, 2010, em http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2005000200005&lng=pt&nrm=iso.
- (6) Gaspar, T., Ribeiro, J. L. P., Leal I., & Matos, M. G. (2008). Impacto da satisfação com o suporte social na qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto: Universidade do Porto. http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/livros_actas/o%20impacto%20da%20satisfacao%20com%20o%20suporte%20social.pdf.
- (7) Helgeson, V. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12 (1), 25-31.
- (8) López, F. (2005). *Educação Sexual em Rede*, 1, 21-24.

- (9) Matos, M. et al. (2006). *Indicadores de saúde dos adolescentes portugueses – Relatório Glaxo Smith-Kline/HBSC*. Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com
- (10) Neves, M. M. F. (1995). *Suporte emocional na adolescência: A relação com os pais e com os amigos em momentos de transição escolar*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado.
- (11) Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- (12) Pratt, L. (1991). The social support functions of the family. In B. Badura & I. Kickbush (Eds.). *Health promotion research towards a new social epidemiology* (pp. 229-250). European Series: Who Regional Publications.
- (13) Siqueira, A., C., Betts, M. K., & Dell’Aglia, D. (2006). A rede de apoio social e afetivo de adolescentes institucionalizados no Sul do Brasil. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 40(2), 149-158.
- (14) Wenz-Gross, M., Siperstein, G. N., & Widaman, K.F. (1997). Stress, social support, and adjustment of adolescents in middle school. *Journal of Early Adolescence*, 17(2), 129-151.

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E VULNERABILIDADES RELACIONADOS COM O USO DAS NOVAS TECNOLOGIAS

HEALTH BEHAVIORS AND VULNERABILITY RELATED WITH THE USE OF NEW TECNOLOGIES

Luísa Ramos Santos¹ & Salomé Ferreira¹

¹ Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde

luisasantos@ess.ipvc.pt; salomeferreira@ess.ipvc.pt

RESUMO

As novas tecnologias estão a criar mudanças radicais no trabalho e no lazer, pretendendo-se com o presente estudo analisar alguma da literatura sobre a utilização de computador e da internet. Pretendendo-se ainda abordar as questões relacionadas com lazer e o uso das novas tecnologias, nomeadamente as vulnerabilidades associadas às crianças e jovens. Estudos recentes apontam para o aumento de tempo gasto na internet e nos jogos e a possível existência de efeitos adversos como motivo cada vez maior de preocupação de pais, educadores e profissionais de saúde. Alguns estudos referem a crescente importância do telemóvel enquanto tecnologia mais atrativa em alunos do ensino secundário mencionando, ainda, o crescente aumento de tempo despendido a ver televisão e na internet. Outros referem períodos de tempo de aproximadamente 5 horas e mais, de média diária, na utilização das novas tecnologias. Realizou-se uma revisão da literatura sobre os comportamentos de saúde e risco relativos ao uso das novas tecnologias, nomeadamente às vulnerabilidades associadas em crianças e jovens. De acordo com a literatura tem-se verificado um aumento da utilização das novas tecnologias e concomitantemente o aumento de preocupações nesta área. Em Portugal, mais de 90% dos adolescentes usam computador e internet e o uso destes cresceu mais de 20% nos últimos anos. Encontram-se também referências ao facto de mais de 50% dos adolescentes terem acesso à internet e mais de 20% acesso a consolas de jogos. A literatura refere ainda que relativamente ao uso do computador e da internet o sexo masculino os usa em maior percentagem. As crianças e os adolescentes são vistos como particularmente vulneráveis à influência das novas tecnologias. Estas são acusadas, por alguns, de perpetuar estereótipos e promover violência e outros comportamentos antissociais. Torna-se necessário investir na avaliação das repercussões do uso das novas tecnologias de forma mais sistemática com vista à implementação de programas de promoção da saúde.

Palavras-chave: *novas tecnologias; vulnerabilidade; comportamentos de saúde*

ABSTRACT

New technologies are creating impressive changes in work and leisure. The present study aims to review the literature on the use of computers and Internet; and to understand the relationship between leisure, the use of new technologies, and children and young people vulnerabilities. Recent

studies point to the increase of time spent using the Internet and electronic games and the possible existence of adverse effects as a reason for increasing concern of parents, educators and health professionals. Some studies report the growing importance of mobile phone as a more attractive technology to high school students. It is also mentioned the increasing time spent in watching television and surfing the Web. Other studies refer a daily average use of new technologies of approximately 5 hours and more. The methodology used in this research was a review of the literature on health behaviors and risks regarding the use of new technologies, particularly those associated with children and young people vulnerability. According to the literature there has been an increased use of new technologies with concomitant increasing concerns in this area. In Portugal the use of computers and Internet among teenagers is higher than 90%, and grew more than 20% in recent years. There are also references to the fact that over 50% of adolescents have Internet access and more than 20% access to electronic games (console). The literature also states that males use more the computer and Internet than females. Children and adolescents are seen as particularly vulnerable to the influence of new technologies. Some studies refer that internet use perpetuate stereotypes and promotes violence, among other antisocial behaviors. In conclusion, it is necessary to invest in the assessment of the impact of the use of new technologies, with the aim to implement health promotion programs.

Keywords: *new technologies, vulnerability, health behaviors.*

1. INTRODUÇÃO

As novas tecnologias estão a criar mudanças radicais nos estilos de vida de crianças, adolescentes e adultos. Alguns estudos referem que o aumento de tempo gasto na internet e nos jogos pode potenciar efeitos adversos, sendo estes, motivo de uma preocupação cada vez maior dos pais, educadores e profissionais de saúde (Abreu, Góes & Spritzer, 2008). Outros constataam que os jovens dedicam cada vez mais tempo às novas tecnologias mas menos a ler o jornal, a ouvir rádio e a ver televisão. A família e a escola parecem ter perdido a centralidade relativamente à educação das crianças e dos adolescentes devido à diversidade de oferta de fontes de informação e à presença constante das novas tecnologias nas suas vidas (Santos, 2003). Alguns estudos referem também a crescente importância do telemóvel considerada a tecnologia mais atrativa por alunos do ensino secundário (Silva, 2010) e ainda é alvo de estudos recentes, o crescente aumento de tempo despendido a ver televisão e na internet (INE, 2005;2008).

Em Portugal, segundo um estudo do INE (2008) mais de 90% dos indivíduos com idade compreendida entre os 10 e os 15 anos utilizaram computador (97%) e Internet (93%), enquanto a utilização de telemóvel se situou em 85%. Já um relatório, sobre a *Utilização da Internet em Portugal 2010* (Taborda, 2010), refere que o telemóvel é o segundo equipamento de tecnologias de informação mais utilizado por estudantes (96,1%), seguindo-se a consola de jogos (22,7%). No que se refere á frequência de utilização de novas tecnologias verifica-se que 67,8% destes utilizam praticamente todos os dias o computador e 54,5% a Internet (INE, 2008).

2. MÉTODOS

Realizou-se uma revisão da literatura sobre a utilização do computador e da internet associada à vulnerabilidade e a comportamentos de saúde relacionados com a sua utilização.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 As novas tecnologias e os comportamentos associados à sua utilização

A internet é utilizada com frequência tendo vindo a alterar os hábitos de vida das crianças e dos adolescentes (Pereira, 2009). Estas alterações verificam-se a vários níveis nomeadamente ao nível do trabalho, dos tempos livres, da educação e da formação, e ainda, da realização de compras *on-line* ou para tratar de assuntos pessoais entre outros. A internet é utilizada através das várias redes sociais para partilhar alegrias, preocupações ou para fazer campanhas publicitárias entre outras. A internet permite uma comunicação rápida e muito abrangente e redes sociais, entendidas como representações ou relações interpessoais que ligam os indivíduos entre si, podem favorecer a expressão de emoções através de interações dos indivíduos, sendo constantemente construídas através de trocas sociais. No entanto, estas podem também derivar de conexões estáticas entre atores e, neste caso, não se alteram em função das interações ou dos valores trocados (Recuero, 2009). São exemplos de redes sociais o Myspace, o Hi5, o Orkut e o Facebook e, segundo o relatório sobre a utilização da internet à população portuguesa, as redes sociais foram utilizadas por 56,4% dos internautas em Portugal e o Hi5 continua a ser a rede social mais utilizada, sendo que o Facebook alcançou o segundo lugar. Ainda segundo o mesmo relatório, de entre os motivos de adesão destaca-se, em primeiro lugar, a possibilidade de manter contactos à distância (88%), seguida da possibilidade de proximidade, dada a grande probabilidade de pessoas conhecidas se encontrarem nos mesmos sites (82%) e também, da possibilidade de partilha, nomeadamente de pensamentos, comentários, vídeos e fotos (89%) e ainda, a possibilidade de fortalecer laços sociais já existentes 81% dos utilizadores (Taborda, 2010).

Considerando vários estudos sobre o tema realça-se que Engelberg e SjBerg (2004) procuraram conhecer a relação entre a internet e o bem-estar psicológico, enquanto Mannell, Kaczynski e Aronson (2005) estudaram o uso do computador e da internet na vida quotidiana dos adolescentes, bem como Abreu, Góes e Spritzer (2008) verificaram que os grandes usuários da Internet e os utilizadores de jogos, de forma intensiva, apresentaram mais problemas de comportamento. Estes autores verificaram também que os utilizadores de jogos, de forma intensiva, eram menos felizes na escola quando comparados com os utilizadores de jogos de forma menos intensiva. Verificaram ainda que os rapazes eram utilizadores mais intensivos de jogos e gastavam mais tempo no computador e na internet do que as raparigas (29,5% e 7,7%, respectivamente $p < 0,001$). Van Rooij, Schoenmakers, Van de Eijnden, e Van de Mheen (2010) referem uma forte relação entre o uso compulsivo da internet e os jogos on-line.

3.2 As novas tecnologias e a vida social

O funcionamento social associado ao uso da internet foi também alvo de estudo (Kraut, Patterson, Lundmark, Kiesler, Mukophadhyay, & Scherlis, 1998; Kiesler & Kraut, 1999). De facto, hoje a vida social está mais facilitada devido à utilização desta nova ferramenta permitindo às pessoas conhecer

e ter acesso a mais informação a um custo mais baixo. A socialização e a comunicação entre as pessoas são facilitadas pelo envio de mensagens através de correio eletrónico para a família, os amigos, os colegas e mesmo para desconhecidos, para qualquer parte do mundo. A internet permite-nos ainda a organização de grupos, através das redes sociais, com a possibilidade de em tempo real poder estar a conversar, partilhar ideias, construir novas relações e fortalecer outras permitindo que várias pessoas ao mesmo tempo em vários pontos do planeta interajam.

Tosun e Lajunen (2010) referem que para alguns indivíduos a internet pode ser usada como um substituto da relação social face a face, enquanto para outros é utilizado como uma ferramenta de extensão social, dependendo das características de personalidade dos utilizadores.

A internet fornece um leque de oportunidades de entretenimento como jogar sozinho ou com os outros, participar em atividades desportivas e partilhar emoções, como por exemplo, o humor. Esta também nos permite ter acesso à informação sobre as atividades de lazer preferidas como: música, cinema, viagens, livros, entre outras (Pereira, 2009). A internet, permite-nos ainda, para além da informação, ter acesso direto àquilo que pode ser uma fonte de lazer como, ver o filme desejado, ou aceder ao livro preferido ou ainda visualizar antecipadamente o lugar de férias ambicionado.

Stepanikova, Nie e He (2010) referem que o uso da internet afeta o bem-estar psicológico tanto quanto este afeta a capacidade dos seus utilizadores para obterem benefícios sociais. Ainda segundo estes autores a relação entre o uso da internet e o bem-estar psicológico pode ser positiva ou negativa, dependendo esta, da influência da internet nos processos sociais dos utilizadores. Também Robinson, Kestbaum, Neustadt e Alvarez (2000) referem que a internet pode deixar mais tempo disponível para as relações face a face, reduzindo o stress e proporcionando apoio social. Pode ainda favorecer a criação de novos laços de apoio social e aumentar a integração social dos indivíduos.

As novas tecnologias, as atividades de lazer e o tempo gasto na sua utilização estão, segundo Livingstone (2002), interligados constituindo-se em diferentes estilos de lazer. Esta autora considera que as crianças e os adolescentes combinam atividades de lazer com e sem a utilização daquelas, de distintas formas, construindo assim estilos de vida com diferentes níveis de individualização.

Para Mannell, Kaczynski e Aronson (2005) a participação em videojogos não se encontra relacionada com o bem-estar psicológico em geral. Estes autores constataram ainda que os adolescentes que se envolveram no uso da internet de forma mais intensiva relataram níveis mais baixos de bem-estar psicológico. Durante o estudo os autores verificaram que jogar no computador ou no vídeo e usar a internet estão associados a maiores níveis de depressão e a mais baixos níveis de afeto. Verificaram ainda uma associação positiva entre os adolescentes fisicamente ativos em atividades de lazer e o bem-estar psicológico, ou seja, os adolescentes fisicamente mais ativos eram também os que vivenciavam níveis mais elevados de afeto, maior capacidade física e estavam menos envolvido no uso da internet. Também Leeuw, Bruijn, Oene, e Schrijvers (2010) encontraram uma associação entre o uso intenso da Internet com problemas psicossociais e o uso de jogos de forma intensiva com problemas psicossociais e menor atividade física.

3.3 Benefícios e Malefícios associados ao uso da Internet

Segundo variadíssimos autores as crianças e os adolescentes são vistos como particularmente vulneráveis à influência das novas tecnologias. Chou e Ting (2003) e Kaltiala-Heino, Lintonen, e Rimpela (2004) desenvolveram investigação sobre a dependência da internet, bem como, o impacto negativo da mesma. Mannell, Zuzanek e Aronson (2005) referem estudos realizados sobre este

assunto, dedicados inicialmente a compreender o tempo que as crianças gastavam a ver televisão o que diminuía o envolvimento destas crianças em outras atividades de lazer, nomeadamente atividades de socialização, físicas e de leitura.

A televisão começou por ser vista como uma atividade de lazer, associada ao jogo e à diversão, uma forma de atividade benéfica de jogo e de lazer. No entanto, tem sido, mais recentemente, acusada de perpetuar estereótipos e promover a violência e outras formas de comportamento antissocial. Para esta situação contribuiu o aumento da utilização dos jogos de vídeo, e o aumento de preocupações nesta área, como refere Provenzo (1991). Por sua vez Jackson, Von Eye, Witt, Zhao e Fitzgerald (2011) verificaram que os jogos eletrónicos de vídeo foram associados a melhor habilidade espaço-visual mas não encontraram relação significativa entre o uso destas tecnologias e o desempenho académico.

A influência potencialmente negativa do uso da internet e da navegação na web foi referida por Subrahmanyam et al. (2001), num estudo citado por Mannell, Zuzanek e Aronson (2005). Jackson, Von Eye, Witt, Zhao e Fitzgerald (2011) num estudo levado a cabo com jovens dos 12 aos 16 anos concluíram que o uso da internet foi associado a melhores habilidades de leitura mas apenas nos jovens que inicialmente tinham poucas habilidades para a leituras, sendo que os outros não mostraram alterações. Foi ainda encontrada uma relação entre a dependência da internet e o baixo desempenho no que diz respeito às áreas relacionadas com a atenção, sendo que não ficou provado se as pessoas que apresentam baixo funcionamento cognitivo são mais suscetíveis de se tornarem dependentes ou se é o vício da internet que causa problemas cognitivos (Park, Park, Choi, Chai, Lee, Lee & Kim, 2011).

Há autores que apontam que o tempo gasto na Internet e nos jogos continua a aumentar e há cada vez mais preocupação com potenciais efeitos adversos sobre a vida profissional e académica e sobre os fatores sociais (Abreu, Góes & Spritzer, 2008). Por outro lado, um estudo feito por Silva (2010) a alunos do 9ºano, em duas escolas portuguesas refere que a tecnologia que os jovens não dispensam é o telemóvel, seguido da televisão e da internet. Este estudo refere ainda que os jovens quando estão à procura de informação o fazem primeiramente através da internet e que os temas mais procurados são a música, as tecnologias e o desporto, sendo que as redes sociais mais utilizadas por eles são o Myspace, Messenger, Hi5, Orkut e Facebook.

Segundo Levingston (2000) dois terços das crianças e adolescentes do Reino Unido têm TV no quarto. Mais de metade das casas com crianças têm pelo menos um computador e a internet desenvolve-se a grande velocidade. Ainda segundo a mesma autora crianças e adolescentes dos 6 aos 17 anos, num estudo por ela realizado conjuntamente com Bovill (1999), gastam aproximadamente 5 horas por dia na utilização das novas tecnologias. Por outro lado, Levingston (2000) menciona um estudo de Roberts et al. (1999) em que o número de cinco horas e meia é referido como a média diária de horas de utilização de adolescentes dos Estados Unidos.

Podemos considerar que a internet proporciona benefícios, frequentemente associados à possibilidade de aceder ao que nos dá algum prazer, no momento em que desejamos fazê-lo e permitindo ainda suspender no momento considerado oportuno.

A comunicação nas redes sociais permite estabelecer vínculos positivos através da interação entre indivíduos, criar espaços de reflexão, trocar experiências, encontrar soluções para problemas comuns e estimular o exercício da solidariedade e da cidadania (Silva, 2002).

Algumas pessoas consideram ser mais fácil os relacionamentos na internet porque lhes permite o anonimato e diminui os riscos associados à sua exposição e manifestação de sentimentos,

favorecendo a proximidade com outros parceiros de interação, no mundo virtual (Stepanikova, Nie & He, 2010).

Howard, Rainie e Jones (2001), referem que os utilizadores da Internet consideram que têm um maior número de amigos e mais apoio social do que os não utilizadores.

Vários são os estudos referidos por Mannell, Kaczynski e Aronson (2005) que apontam para a importância de atividades de lazer através de jogos eletrónicos para crianças com deficiências físicas, o que se reveste de grande importância pois permite a estas crianças com algumas limitações motoras a realização de atividades de lazer realizadas virtualmente, permitindo também desenvolver sentimentos positivos, estratégias de autoeficácia e outras capacidades.

A aprendizagem baseada na internet (e-learning) comparada com a aprendizagem baseada em ambientes tradicionais, segundo Lee e Tsai (2011), promove níveis elevados de capacidade e interesses nos estudantes. Foram encontradas relações positivas entre a percepção de níveis elevados de colaboração (capacidade, interesse e experiência) e a utilização da internet. Estas relações foram mais fortes em alunos que estão a fazer cursos on-line.

Mannell, Kaczynski e Aronson (2005) referem que o tempo que os adolescentes passam a desenvolver atividades com computador, jogos eletrónicos, internet, ver televisão ou vídeo é tempo retirado a outras atividades, que deixam de realizar, nomeadamente atividades físicas ou sociais. Estes autores referem especificamente que quanto maior é a participação em atividades computador, jogos eletrónicos, internet, ver televisão ou vídeo, menor é a participação em atividades de lazer fisicamente ativo; e que, na sequência disto, estes adolescentes apresentam menos tempo livre. O aumento de tempo despendido com estas atividades é interpretado como tempo gasto, que vai retirar tempo destinado a outras atividades obrigatórias, como por exemplo, a realização dos trabalhos de casa.

No que se refere ao uso da internet, outros riscos poderão ser ponderados, isto porque, nem sempre se sabe quem está do outro lado, nem se o que nos é apresentado, quer em termos de informação, quer ainda em termos de conversa em tempo útil, é ou não verdade. De facto, se estes riscos podem causar experiências negativas aos adultos que à partida estão mais alertados para a possibilidade da sua existência, quando falamos de crianças e adolescentes, o efeito nefasto daqueles poderá ser exponencialmente maior, pelo facto de a internet ser utilizada por pessoas com boas ou más intenções o que poderá ser um ponto fraco na sua utilização despreocupada, sendo por isso importante atender à proteção dos que navegam na internet (Pereira, 2009).

Chou e Ting (2003) defendem que os sentimentos do fluir (*feelings of flow*) podem ser considerados como um estádio intermédio entre o uso repetitivo de jogos eletrónicos e o que tem sido descrito por outros autores como dependência deste tipo de jogos. Associado ao uso, de forma intensiva, da internet, Kim, Lau, Cheuk, Kan, Hui e Griffiths (2010) encontraram, em estudantes universitários, com uma média de idades de 19 anos, comportamentos de risco tais como: saltar refeições, deitar-se tarde e dormir pouco, bem como grande probabilidade de ter excesso de peso, para além de sofrerem de hipersónia. Utilizar a internet mais de 4 horas por dia foi associado com menor probabilidade em se envolverem em atividades de promoção da saúde, tais como, o exercício físico ou as consultas médicas de rotina. Também Lemola, Brand, Vogler, Perkinson-Gloor, Allemand e Grob (2011), num estudo levado a cabo com adolescentes e jovens adultos que jogam na internet verificaram que o jogo noturno entre as 22 horas e as 6 horas da manhã estava relacionado com o risco aumentado de depressão e dependência do jogo. Verificaram ainda que os adolescentes com idades entre 13 e 17 anos são mais vulneráveis a sintomas depressivos, quando jogam no início da

noite, enquanto os jovens adultos (18 a 22 anos) apresentaram maior vulnerabilidade quando habitualmente jogam depois das 2 horas da manhã.

4. CONCLUSÃO

De acordo com o apresentado anteriormente, dado que a utilização das novas tecnologias pode colocar crianças e jovens em riscos, torna-se pertinente ensinar as crianças e os adolescentes a interpretar, selecionar e utilizar corretamente as mesmas, ao seu dispor para comunicar. Como refere Silva (2010) deve-se promover nestes indivíduos a capacidade e o juízo crítico para aplicar aquando do uso das novas tecnologias.

A associação entre o uso intenso da Internet, de jogos e alguns problemas psicossociais relacionados com menor atividade física aumenta a necessidade de considerar diferentes comportamentos de saúde na abordagem de programas de educação para a saúde.

Torna-se assim necessária mais investigação no sentido de conseguir programas que introduzam mudanças nos comportamentos associados ao uso da internet e dos jogos para crianças e adolescentes (Leeuw, et al. 2010), bem como desenvolver investigação que permita compreender qual a relação entre a utilização dos media e o lazer fisicamente ativo ou de outro tipo (Mannell, Kaczynski, & Aronson 2005).

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Abreu C.N., Karam R.G., Góes D.S. & Spritzer D.T. (2008). Internet and videogame addiction: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30:156-67.
- (2) Chou, T., & Ting, C. (2003). The role of flow experience in cyber-game addiction. *CyberPsychology Behavior*, 6(6), 663-675.
- (3) Engelberg, E., & SjBerg, L. (2004). Internet Use, Social Skills, and Adjustment. *CyberPsychology Behavior*, 7(1), 41-47.
- (4) Kaltiala-Heino, R., Lintonen, T., & Rimpela, A. (2004). Internet addiction? Potentially problematic use of the Internet in a population of 12-18 year-old adolescents. *Addiction Research & Theory*, 12(1), 89-96.
- (5) Kiesler, S., & Kraut, R. (1999). Internet use and ties that bind. *American Psychologist*, 54(9), 783-784.
- (6) Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukophadhyay, T., & Scherlis, W. (1998). Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist*, 53(9), 1017-1031.
- (7) Howard, P.E.N., Rainie, L., & Jones, S. (2001). Days and nights on the internet: the impact of a diffusing technology. *The American Behavioral Scientist*, 45(3), 383-404.
- (8) INE (2005). Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação pelas Famílias 2005. Lisboa, Sociedade Portuguesa do Conhecimento.
- (9) INE (2008). Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação pelas Famílias 2008. Lisboa, Sociedade Portuguesa do Conhecimento.
- (10) Jackson, L.A., von Eye, A., Witt, E.A., Zhao, Y., & Fitzgerald, H.E. (2011). A longitudinal study of the effects of Internet use and videogame playing on academic performance and the roles of gender, race and income in these relationships. *Computers in Human Behavior* 27, 228-239

- (11) Kim, J. H., Lau, C.H., Cheuk , K., Kan, P., Hui, H.L.C., & Griffiths, S.M. (2010). Brief report: Predictors of heavy Internet use and associations with health-promoting and health risk behaviors among Hong Kong university students. *Journal of Adolescence* 33, 215–220.
- (12) Lee, S.W.Y., & Tsai, C. (2011). Students' perceptions of collaboration, self-regulated learning, and information seeking in the context of Internet-based learning and traditional learning. *Computers in Human Behavior* 27, 905–914
- (13) Leeuw, Leeuw, Marieke de Bruijn, Gerdien H de Weert-van Oene, August JP Schrijvers (2010). Internet and game behaviour at a secondary school and a newly developed health promotion programme: a prospective study. *BMC Public Health* 2010, 10, 544-554. Versão eletrónica: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/544>
- (14) Lemola, S., Brand, S., Vogler, N., Perkinson-Gloor, N., Allemand, M., & Grob, A. (2011). Habitual computer game playing at night is related to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences* 51, 117–122.
- (15) Livingstone, S. (2002). *Young people and new media: Childhood and the changing media environment*. Londres, Sage Publications
- (16) Mannell R.C., Kaczynski, A.T. & Aronson,R. (2005). Adolescent participation and flow in physically active leisure and electronic media activities: Testing the displacement hypothesis. *Loisir et Société/Society and Leisure*, 28 (2), pp.653-675.
- (17) Mannell, R.C., Zuzanek, J. & Aronson, R. (2005). Internet/computer use and adolescent leisure behavior, flow experiences and psychological well-being: the displacement hypothesis. Paper presented at the Eleventh Canadian Congress on Leisure Research, Canadian Association for Leisure Studies.
- (18) Park, M.H., Park, E.J., Choi J., Chai, S., Lee, J.H., Lee, C. & Kim, D.J. (2011). Preliminary study of Internet addiction and cognitive function in adolescents based on IQ tests. *Psychiatry Research* 190, pp.275-281
- (19) Pereira, P. (2009). Internet. Unidade de competência 5: Cultura, Comunicação e Media, Ministério da Educação, Potugal.
- (20) Provenzo, E.F. (1991). *Video kids*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- (21) Recuero, R. (2009). *Redes sociais na internet*. Porto Alegre: Editora Sulima.
- (22) Robinson, J. P., Kestnbaum, M., Neustadt, A., & Alvarez, A. (2000). Mass media and social life among internet users. *Social Science Computer Review*, 18(4), 490–501.
- (23) Santos, M. (2003). *A educação para os media no contexto educativo*. Lisboa, Minitério da Educação.
- (24) Silva, A.M.P. (2002). *Mundos reais mundos virtuais: as relações interpessoais na/em rede*. Dissertação de Mestrado. Porto, Universidade Aberta.
- (25) Silva, S. B. (2010). *A relação dos jovens com os media*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa.
- (26) Stepanikova, I., Nie, N.H., & He, X. (2010). Time on the Internet at home, loneliness, and life satisfaction: Evidence from panel time-diary data. *Computers in Human Behavior* 26, 329–338.
- (27) Taborda, M.J. (2010). *A utilização da internet em Portugal 2010*. Lisboa, ISCTE.
- (28) Tosun, L. P., & Lajunen, T. (2010). Does Internet use reflect your personality? Relationship between Eysenck's personality dimensions and Internet use. *Computers in Human Behavior* 26, 162–167.

- (29) Van Rooij, A. J., Schoenmakers, T.M., Van de Eijnden, R.J.J.M., & Van de Mheen, D. (2010). Compulsive Internet Use: The Role of Online Gaming and Other Internet Applications. *Journal of Adolescent Health* 47, 51–57.



Entidades Organizadoras



Apoios
FCT
Fundação para a Ciência e a Tecnologia
Agência Nacional de Investigação Científica e Tecnológica


COMPETE
Operacionalização do Plano de Competências


QREN
QUADRO DE REFERÊNCIA
E ESTRATÉGICO
NACIONAL
2014-2020


UNIÃO EUROPEIA
Fundo Europeu
de Desenvolvimento Regional