

Promoção da Saúde: da investigação à prática

Promoção da saúde

Da Investigação à Prática

VOLUME I

Título: *Promoção da Saúde: Da Investigação à Prática*

1ª Edição. Setembro 2015

ISBN: 978-989-98855-1-6

Capa: Nuno Vieira Carvalho

Composição: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, SPPS

Lisboa: SPPS, Editora, LDA

Ficha Técnica

Título: Promoção da saúde: Da investigação à prática

Coordenadores: Luísa Santos
Carina Parente
Jorge Ribeiro
Ângela Pontes

Formatação de texto:

Pedro Nuno Araújo

Edição de Imagem:

Nuno Vieira Carvalho

Revisão Bibliográfica:

Sandra Sousa

INDICE

PREFÁCIO	5
INTRODUÇÃO	6
CAPITULO 1 - PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	7
Promoção da Saúde: Uma abordagem positiva da saúde	8
<i>Luís Graça.....</i>	
(Re)pensar a educação para a saúde: Educação para a Saúde ou para a vida?	15
<i>Maria de La Salette Calvino & Cidália Amorim.....</i>	
Experimentar para conhecer	18
<i>Ângela Ferreira & António Cunha.....</i>	
Doença crónica: A importância da avaliação da Qualidade de Vida.....	22
<i>Maria Isabel Lajoso Amorim.....</i>	
CAPITULO 2 - ATIVIDADE FÍSICA E LAZER	28
Atividade física na definição dos estilos de vida saudáveis: Realidade, avaliação e recomendações.....	29
<i>Luís P. Rodrigues</i>	
Atividade física na terceira idade	32
<i>Pedro Bezerra.....</i>	
Pontes entre Saúde e Lazer: Um percurso diferenciador de perfis.....	36
<i>Luísa R. Santos, Salomé Ferreira & J.L. Pais-Ribeiro</i>	
O consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes.....	41
<i>Jorge M. Ribeiro, Susana Pereira & Luísa R. Santos.....</i>	
CAPÍTULO 3 - ALIMENTAÇÃO	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
Obesidade infantil: Dimensão do problema, perspetivas futuras e questões metodológicas. Erro! Marcador não definido.	
<i>Raquel Leitão, Luís P. Rodrigues, Luísa Neves & Graça S. Carvalho.....</i>	
A Obesidade Infantil no concelho de Viana do Castelo: Visão sobre a prevalência e o autoconceito.....	52
<i>Filipa Viana & J.L. Pais-Ribeiro</i>	
Conceito de sucesso de <i>aleitamento</i> materno na perspetiva das mulheres que amamentam.....	59
<i>Sara Rufo, Luís Graça & Cidália Amorim.....</i>	
CAPITULO 4 - EDUCAÇÃO PARA A CIDADANIA E INTERVENÇÃO NA VIOLÊNCIA.....	65
O conceito de cidadania e as suas contradições	66
<i>Filipe Martins.....</i>	
Educação, cidadania e desenvolvimento: Das práticas ao desafio da institucionalização.....	69
<i>Júlio G. dos Santos.....</i>	
Programa <i>Eu e os Outros</i> : Promoção sustentável de competências pessoais e sociais	74
<i>Paula Alexandra Brites Ferreira.....</i>	
Intervenção com vítimas: Trajetórias de mudança	81
<i>Leandra Rodrigues.....</i>	
Educação e saúde em sinergia: O caso da violência conjugal contra a mulher	86
<i>Maria de La Salette Calvino.....</i>	
<i>Stalking</i> : Desenvolvimentos de uma “nova” forma de violência interpessoal	90

<i>Helena Grangeia, Rita Conde & Marlene Matos</i>	90
CAPITULO 5 - EDUCAÇÃO SEXUAL	96
Promover a saúde sexual com Arte	97
<i>Carina Parente</i>	
O Projeto FREI (A) na dimensão das relações intra e interpessoais	104
<i>Ana M. Sousa, Ilda M. Lima, & Sandra M. Gonçalves</i>	
Perceção dos pais sobre a implementação de um programa de educação sexual escolar.....	110
<i>Jorge M. Ribeiro & Luisa R. Santos</i>	
Os adolescentes e os conhecimentos sobre sexualidade.....	115
<i>Jorge M. Ribeiro, Ângela Pontes & Luisa R. Santos</i>	

Prefácio

A Promoção da Saúde foi um marcador importante na maneira de compreender a saúde e as doenças, do final do século passado até à atualidade.

A saúde foi, e ainda é com demasiada frequência, entendida como ausência de doença, quando desde o pós Segunda Grande Guerra a definição fundadora da Organização Mundial de Saúde dizia o óbvio: que a saúde era um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não apenas a ausência de doença. Ou seja, entenda-se, independente da doença.

Hoje a maioria da população dos países desenvolvidos vive com uma doença crónica ou com condições que, não sendo doença *de per se*, são fatores de risco para inúmeras doenças, tais como a pressão arterial ou colesterol elevados, ou o excesso de peso. De tal modo que, hoje, se deve falar de saúde em pessoas que vivem toda a sua vida com uma doença crónica (p.ex. diabetes tipo 1, epilepsia, esclerose múltipla, etc), doenças estas que, por definição, são doenças prolongadas ou sem cura. Estas pessoas podem viver uma vida igual à dos seus congéneres sem doença e morrer de velhice.

É na década de 70 do século passado, que um texto clássico de Marc Lalonde, então ministro da saúde e do bem-estar do Canadá, publicado em 1974, chamava a atenção da importância da intervenção a montante, antes das pessoas adoecerem, ou adquirirem fatores predisponentes para a doença, cunhando assim o conceito de promoção da saúde e de educação para a saúde. Cerca de 10 anos depois, também no Canadá cunha-se a Carta de Ottawa, o documento fundador para a promoção da saúde.

A saúde é mais facilmente vista como funcionalidade tal como expressa a “*The International Classification of Functioning, Disability and Health*”, conhecida pela sigla ICF, um referencial já deste século, que entende a funcionalidade como uma interação dinâmica entre as condições de saúde (ou de doença) de uma pessoa, os fatores do meio ambiente, e os fatores pessoais. Este manual é complementar da Classificação Internacional de Doenças, conhecido por ICD, que é um descritor universal das doenças existentes desenvolvido na sua primeira versão em 1900.

Sendo a vida acção, é esta acção, esta funcionalidade, que melhor exprime a saúde: diversas dimensões de funcionalidade podem ser definidas, tais como a funcionalidade física, o desempenho do papel social (no trabalho, família, lazer, etc.), o desempenho emocional, isto tudo com a vitalidade apropriada. Estas dimensões exprimem-se em diversos domínios, familiar, sexual, lazer, cidadania, etc.

O presente livro aborda a promoção da saúde e a educação para a saúde nestas diversas dimensões e domínios, da alimentação, à cidadania, passando pela sexualidade e pelo lazer, em todos os grupos de idade, e em todas as condições.

Trata-se de um documento de estudo e de trabalho útil para os profissionais de várias formações e de vários campos, que facilitará a sua intervenção nesta área de promoção da saúde, de educação para a saúde, que é estruturalmente multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar.

José Luis Pais Ribeiro
FPCE-Universidade do Porto

Introdução

No século XXI são inúmeras as questões levantadas relativamente à promoção da saúde e de estilos de vida que se entrecruzam com perspectivas diferentes ao nível da educação, podendo ser potenciadas pela diversidade social e cultural.

Numa sociedade ideal espera-se que os indivíduos sejam capazes de construir os seus projetos de vida e assumir a responsabilidade pela construção do seu bem-estar e pela gestão da sua saúde. Na prática, a sociedade atual criou condições favorecedoras da promoção da qualidade de vida, e assim, espera-se que as pessoas vivam mais anos, de uma forma produtiva e ativa, que valorizem a própria vida e se esforcem por minorar possíveis incapacidades. É neste cenário que a promoção da saúde ganha relevo.

Partindo do pressuposto que a saúde é um processo dinâmico que leva o indivíduo, numa atitude pessoal e coletiva, a otimizar as suas capacidades, a desenvolver e modificar o meio, com a finalidade de estabelecer um estado de harmonia e equilíbrio, no espaço europeu tem vindo a ser dada prioridade à intervenção na área de promoção para a saúde, particularmente em contexto escolar.

Desde sempre se vislumbrou um interesse dos professores e educadores de infância pelos saberes da área da saúde. Contudo, com o surgimento da obrigatoriedade da implementação da educação sexual em contexto escolar tornou-se evidente um crescendo da procura de uma formação especializada por estes profissionais.

Deste modo e em resposta às necessidades de formação que têm sido identificadas no sentido de capacitar agentes educativos, profissionais de saúde e da área social para a intervenção neste âmbito, surge o Mestrado de Promoção e Educação para a Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, conjugando o *know how* dos docentes das Escolas Superiores de Educação e Saúde. Neste âmbito surgiu, em 2011, o Grupo de Trabalho para a Saúde e Sexualidade (GTSSex) constituído por um pequeno núcleo de docentes, estudantes e técnicos da comunidade responsáveis por estudos e projetos de intervenção na saúde e na sexualidade em diferentes contextos.

As I Jornadas de Promoção e Educação para a Saúde, realizadas em novembro de 2012, tiveram como propósito *pôr a descoberto* trabalhos realizados em diferentes escolas/instituições, bem como promover o diálogo entre a educação e a saúde. É neste âmbito que surge a presente publicação que pretende mostrar a pertinência de um conjunto de temáticas.

Para este primeiro volume foram selecionadas problemáticas psicológicas e sociais que se revelam decisivas, no nosso entender, para uma reflexão crítica urgente na área.

Orientámos a nossa atenção essencialmente para cinco áreas fundamentais. Começando por uma aproximação teórica aos conceitos base – promoção e educação para a saúde. Prosseguindo para uma reflexão sobre atividade física, lazer e estilos de vida saudáveis em diferentes fases do desenvolvimento humano. Simultaneamente explorando-se a interface entre comportamentos de saúde e comportamentos de risco. Posteriormente olhando-se para a situação do aleitamento materno na perspetiva das mulheres que amamentam e para a obesidade infantil em Portugal. De seguida, analisando-se o conceito de cidadania e as suas contrariedades, com especial enfoque na problemática da violência de género. E por último dirigindo a nossa atenção para o tema da educação sexual em Portugal, nomeadamente para projetos de intervenção em meio escolar, com os seus diferentes intervenientes e nas suas diversas fases de implementação.

Em suma, este primeiro volume foi escrito com vários contributos científicos através de múltiplas abordagens teóricas e empíricas que nos remetem para o interface entre as diferentes áreas consideradas alicerçantes para a promoção da saúde.

Luísa Santos
Carina Parente

Junho 2014

Capitulo 1

Promoção e Educação para a Saúde

Promoção da Saúde: Uma abordagem positiva da saúde

Luís Graça

Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Introdução

O termo promoção da saúde encontra-se ligado às primeiras definições de saúde pública. Ferreira (1982) refere que Winslow, em 1923 apresentou uma definição de saúde pública que considera o estudo e a implementação de medidas sanitárias, de medicina preventiva, curativa, de promoção de saúde e de melhoria do nível de vida.

A promoção da saúde tem no relatório de Lalonde uma referência, que preconiza a intervenção positiva sobre os determinantes de saúde. Parte do pressuposto que os comportamentos dos indivíduos se constituem como fatores de risco para a saúde, tornando-se necessário intervir sobre aqueles, no entanto são descuradas causas sociais da doença. O enfoque é comportamentalista. Das limitações desta abordagem emerge na década de 80 uma perspetiva socioambiental, que vai desencadear diversidade de dinâmicas e novos enfoques da saúde (Frias Osuna & Palomino Moral, 2000; Carvalho, 2004).

A declaração de Alma-Ata (WHO, 1978) constitui-se como um marco ao reconhecer que a saúde é um objetivo social, no qual os governos devem investir. A participação das pessoas é um direito e um dever e os Cuidados Primários de Saúde o meio de acesso generalizado aos cuidados de saúde.

Saúde

Saúde é um conceito de difícil definição objetiva. Varia ao longo do tempo, de acordo com as conceções vigentes, os grupos sociais e as experiências individuais.

Uma das definições mais vulgarizadas é a da OMS em que a saúde é considerada *um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*. Marca a rotura com a dicotomia saúde/doença, realça uma conceção global e positiva de saúde, incluindo as áreas mental e social, refere a interação corpo-mente e considera a envolvente social (Piedrola Gil, et. al. 1991; Koelen & Van der Ban, 2004).

No entanto nesta definição questiona-se a dimensão abstrata, absoluta e idealista de completo bem-estar, o imobilismo do termo estado, a dificuldade quanto à operacionalização dos conceitos em geral (Ferreira, 1982; Piedrola Gil et. al., 1991) e o facto de não ter em consideração aspetos emocionais, espirituais e sociais (Laverack, 2008).

Terris propõe que se defina saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social, com capacidade funcional, e não somente a ausência de doença ou enfermidade” (Piedrola Gil, et. al. 1991, p. 4). É considerada, por este, mais operacional, conotando estar saudável com máximo bem-estar e capacidade de funcionar.

Salleras Sanmarti (1985) define saúde como conseguir o mais alto nível de bem-estar físico, mental e social e de capacidade de funcionamento, que permitem os fatores sociais em que estão inseridos os indivíduos e as comunidades.

A saúde, mais que um ideal a ser atingido, é a capacidade de cada indivíduo criar e lutar pelo seu projeto de vida, em direção ao bem-estar (Dejours, 1995). É um processo holístico, centrado nos indivíduos, que se apreende e está intimamente ligado à qualidade das relações interpessoais e ao contexto.

Para Antonovsky (1996) a ênfase tem sido orientada para os agentes causais da doença, para a prevenção e para o tratamento. Propõe que se dê ênfase aos fatores que promovem ativamente a saúde. Assim, saúde, numa perspetiva salutogénica, centra-se nas pessoas, no seu contexto, recursos e potencialidades. É a resultante da ação dos indivíduos na gestão dos recursos, orientando para o conceito de sentido de coerência. Este é entendido como uma orientação global que define a capacidade dos indivíduos de:

- Encararem os estímulos internos ou externos como estruturados, preditíveis e explicáveis (capacidade de compreensão);
- Terem ao seu alcance os recursos para satisfazerem as exigências dos estímulos (capacidade de gestão);
- Empenham-se na utilização dos recursos e na resolução dos acontecimentos (capacidade de investimento).

O desenvolvimento do *sentido de coerência* deve ser entendido como facilitador do relacionamento dos indivíduos com fatores adversos à existência humana, na medida em que torna as ações mais eficientes (Antonovsky, 1987; Lindström & Eriksson, 2005, 2006). As pessoas, com base em experiências anteriores relevantes, são capazes de ser ativas, criativas e fazerem escolhas adequadas à satisfação das suas necessidades.

A saúde, enquanto um recurso para o desenvolvimento, que permite uma vida biopsicossocial e espiritual positiva e economicamente produtiva, tem subjacente a responsabilização e a intervenção individual e coletiva, de forma a se poder agir sobre os seus determinantes.

Determinantes de Saúde

Entende-se por determinantes de saúde o conjunto de fatores pessoais, sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde dos indivíduos ou das comunidades (WHO, 1998). São múltiplos e atuam em interação, sendo suscetíveis de intervenção.

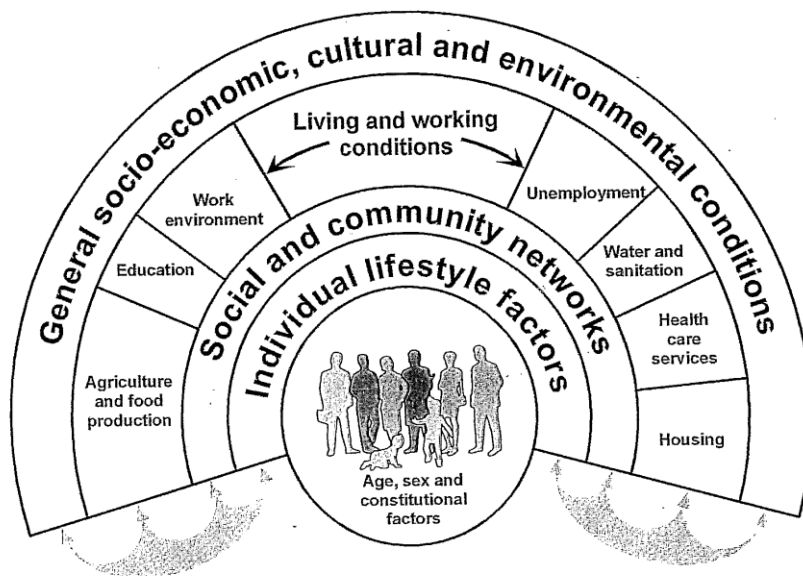
O modelo mais referenciado é o de Lalonde (1981) que, na década de 70 do século XX, identificou quatro dimensões de *determinantes da saúde*:

- Biologia Humana - aspetos que dependem da estrutura biológica dos sujeitos e da sua constituição orgânica. Engloba o património genético, a maturação e o envelhecimento;
- Meio ambiente – conjunto de fatores exteriores ao corpo, com impacto na saúde, onde se inclui a contaminação física, química, biológica e psicossocial;
- Estilos de vida – comportamentos que os indivíduos adotam, e sobre os quais podem exercer algum controlo;
- Sistema de saúde – quantidade, qualidade, distribuição e acessibilidade aos serviços de saúde.

Dever (1991) verificou grande assimetria entre os recursos disponibilizados e as mortes observadas nos EUA, no período 1974-1976, com a alocação da maioria dos recursos para os serviços de saúde (90,2%) e residual para os estilos de vida (1,3%), sendo estes os principais responsáveis por mortes prematuras.

Dahlgren e Whitehead (2007) desenvolveram um modelo concêntrico em que consideram as condições socioeconómicas, culturais e ambientais gerais; as condições de vida e trabalho; as redes sociais e comunitárias; os estilos de vida e fatores constitucionais. A camada mais externa refere-se aos macrodeterminantes e a mais interna a determinantes individuais, constituindo-se uma cadeia de relações que se influenciam mutuamente (figura 1).

Figura 1 – Modelo de determinantes de saúde



Fonte: Dahlgren & Whitehead, 2007

Conforme Dahlgren e Whitehead (2007), o nível mais externo refere-se aos principais macrodeterminantes relacionados com as *condições económicas, culturais e ambientais da sociedade* que se constituem mediadores fundamentais da saúde das populações. A intervenção a este nível visa mudanças estruturais de longa duração e passa por políticas de desenvolvimento e sustentabilidade dos países e entre os países.

O nível seguinte é relativo às *condições materiais e sociais de vida das pessoas* determinadas por exemplo pela disponibilidade de alimentos, o acesso a serviços essenciais, como a saúde e a educação, a existência de emprego e as condições de trabalho. Com a intervenção pretende-se melhorar as condições materiais e sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Estão envolvidos um ou mais setores públicos e privados, como por exemplo políticas de saúde, segurança social, educação, agricultura e pescas, etc.

O nível relativo às *redes comunitárias e de apoio* assume particular importância na medida em que a maior ou menor riqueza do nível de coesão social influencia a saúde da sociedade como um todo bem como o seu empoderamento. Com a intervenção procura reforçar-se o suporte social e comunitário dos indivíduos e famílias, bem

como o seu empoderamento. As estratégias devem considerar as potencialidades das redes de proximidade (famílias, vizinhos, amigos, organizações de voluntários, etc.).

A camada imediatamente a seguir é relativa aos *estilos de vida individuais* reconhecendo-se que a responsabilidade individual das pessoas é determinante no seu potencial de saúde. A intervenção visa influenciar os estilos de vida individuais, reconhecendo que as pessoas fazem escolhas, conscientes ou inconscientes, que são capazes de mudar, sendo a educação para a saúde um importante instrumento para informar, ajudar, apoiar e orientar na adoção de estilos de vida mais saudáveis. Este nível encontra-se no limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais de saúde sendo os comportamentos individuais fortemente condicionados por determinantes sociais.

A WHO (2013) refere-se aos determinantes sociais da saúde enquanto as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e que são influenciadas pela distribuição de dinheiro, poder e recursos a nível global, nacional e local.

Os indivíduos estão no centro do modelo, com as suas características individuais (*a idade, o sexo, os fatores genéticos*) sobre as quais se pode ter pouco controlo.

A intervenção é tanto mais abrangente quanto se conseguir agir sobre os determinantes mais globais e tanto mais eficaz quanto for direcionada, de forma articulada e simultânea, para diferentes níveis, considerando que a intervenção deve ter por foco os determinantes modificáveis, nomeadamente os determinantes sociais em saúde com vista a diminuir as iniquidades em saúde.

Neste sentido a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (WHO, 2011) considera cinco áreas cruciais na abordagem das iniquidades em saúde: *i)* adotar uma melhor governança no campo da saúde e do desenvolvimento; *ii)* promover a participação na formulação e implementação de políticas; *iii)* continuar com a reorientação do setor da saúde para a redução das iniquidades em saúde; *iv)* fortalecer a governança e a colaboração global; *v)* monitorizar os avanços e ampliar a prestação de contas.

Se a identificação de fatores que influenciam a saúde tem vindo a ser uma preocupação das pessoas, dos profissionais, das instituições e das políticas, o aumento do empoderamento dos diferentes intervenientes nos processos da saúde e do desenvolvimento é fundamental para a intervenção ao nível dos determinantes sociais da saúde.

A evolução do conhecimento, os recursos, os movimentos sociais, a cidadania e o valor atribuído à saúde, aceleraram o emergir de novos conceitos, políticas e intervenções, com dimensão transnacional, em que a promoção da saúde assume papel relevante.

Promoção da Saúde

O conceito de promoção da saúde encontra-se ligado às primeiras definições de Saúde pública (Ferreira, 1982) e tem no relatório Lalonde um marco, quando é preconizada a intervenção positiva sobre os determinantes de saúde. Parte do pressuposto que os comportamentos se constituem como fatores de risco, sendo suscetíveis de intervenção e de modificação. O enfoque é predominantemente comportamentalista.

Das limitações desta abordagem emerge, na década de 80, uma perspetiva sócioambiental, que vai desencadear diversidade de dinâmicas e novos enfoques (Frias Osuna & Palomino Moral, 2000; Carvalho, 2004).

Com a declaração de Alma-Ata (WHO, 1978), reconhece-se que a saúde é um objetivo social, no qual os governos devem investir. A participação é um direito e um dever, e os Cuidados de Saúde Primários o meio de acesso generalizado aos cuidados.

O movimento da promoção da saúde sustenta-se nos pressupostos da declaração de Alma Ata e tem-se desenvolvido ao longo das últimas décadas, sobre os auspícios da OMS, nomeadamente através da realização de conferências globais da promoção da saúde.

Da primeira conferência resultou a Carta de Otava em que se define a promoção da saúde, enquanto “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem” (WHO, 1986, p. 1). A saúde constitui-se como um recurso para a vida e os recursos pessoais e sociais instrumentos para a atingir. O propósito é a capacitação das pessoas e comunidades no sentido de aumentarem o controlo sobre a saúde e os seus determinantes.

Para que a sua implementação seja eficaz consideram-se pré-requisitos básicos: paz, habitação, educação, alimentos, rendimentos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Para a consecução da promoção da saúde são definidas cinco áreas de ação:

- Estabelecer políticas saudáveis – inscrevendo a saúde na agenda política e desenvolvendo medidas complementares, como legislação, fiscalidade e mudanças organizacionais;
- Criar ambientes favoráveis à saúde - encorajando os cuidados recíprocos, numa abordagem ecológica, assegurando a conservação e sustentabilidade dos recursos naturais e compatibilizando trabalho e tempos livres;
- Reforçar a ação comunitária – através do maior controlo das comunidades sobre os determinantes de saúde, reforçando-se o seu poder;
- Desenvolver competências pessoais – no pressuposto de que informação adequada e pertinente, a educação para a saúde e o treino de habilidades e competências contribuem para opções saudáveis. As pessoas fazem aprendizagens ao longo da vida, em diferentes contextos, de forma a conseguirem satisfazer as suas necessidades;
- Reorientar os serviços de saúde – partilhando responsabilidades entre os indivíduos e as instituições para que o trabalho em rede permita alcançar um alto-nível de bem-estar. As instituições devem orientar-se

Promoção da Saúde: da investigação à prática

para a promoção da saúde, a equidade, serem culturalmente sensíveis e terem em consideração as necessidades globais das pessoas (WHO, 1986).

A segunda conferência centrou-se nas políticas saudáveis, tendo sido expressas as recomendações na declaração de Adelaide (WHO, 1988), considerando-as aquelas que se preocupam com a saúde e a equidade, e possibilitam a realização de escolhas saudáveis. As políticas saudáveis não se limitam ao sector da saúde mas englobam outros sectores com impacto na saúde (agricultura, comércio, educação, entre outros).

A saúde é considerada, para além de um direito fundamental, um investimento social com impacto no desenvolvimento económico e social, em que para diminuir as desigualdades se torna necessário dar prioridade aos grupos vulneráveis e desprotegidos.

É expressa a responsabilização dos governantes e gestores de recursos pelas consequências das políticas de saúde adotadas, bem como da divulgação dos seus impactos de forma compreensível pelas populações.

São identificadas quatro áreas prioritárias para a concretização de políticas saudáveis:

- O apoio à saúde das mulheres, considerando-as como as principais promotoras de saúde. Das recomendações salientam-se: *i*) igualdade na repartição do trabalho na prestação de cuidados no contexto da comunidade; *ii*) práticas de nascimento baseadas nas necessidades e preferências das mulheres; *iii*) apoio no trabalho de cuidar, nomeadamente às mães, através das licenças parentais e para a prestação de cuidados a dependentes;
- Alimentação e nutrição, preconizando-se a eliminação da fome e da subnutrição, com políticas que garantam o acesso universal a alimentação saudável e equilibrada, considerando a produção e distribuição dos alimentos;
- Tabaco e álcool, em que se reconhece as consequências destes consumos para a saúde individual e coletiva;
- Criar ambientes favoráveis à saúde, propondo a proteção das pessoas face aos efeitos adversos da exposição a fatores físicos, químicos e biológicos.

Considera-se ainda fundamental a avaliação dos impactos das políticas. Para se atingir um elevado nível de saúde as políticas não se podem limitar aos cuidados de saúde, mas devem ser intersectoriais, não dependendo exclusivamente dos governos, e abrangendo toda a sociedade (WHO, 1988).

Da terceira conferência emergiu a Declaração de Sundsvall sobre ambientes favoráveis à saúde (WHO, 1991), onde se chama a atenção para a pobreza e degradação do ambiente, e que o ambiente físico, social, económico e político deteriorado contribui negativamente para a saúde. Definem-se como ambientes favoráveis à saúde os aspetos físicos e sociais dos contextos de vida.

Para a promoção da criação de ambientes favoráveis à saúde enumera quatro ações estratégicas de saúde pública:

- Fortalecimento da advocacia através da ação comunitária, assumindo particular importância as mulheres;
- Empoderamento das comunidades e dos indivíduos de forma a controlarem a sua saúde e o ambiente;
- Construção de alianças para a saúde;
- Mediação de forma a assegurar a equidade no acesso a ambientes favoráveis à saúde (WHO, 1991)

Esta conferência considera um conceito lato de ambiente e coloca a ênfase na articulação entre a saúde, o ambiente e o desenvolvimento, para além de apresentar preocupações quanto ao desenvolvimento sustentável para assegurar o futuro do planeta.

No prosseguimento das conferências anteriores, a quarta Conferência Global sobre Promoção da Saúde teve como lema: *Novos Atores para uma Nova Era – adaptar a promoção da saúde ao século XXI* (WHO, 1997), reforça os pré-requisitos e reafirma as estratégias enunciadas na Carta de Otava, considerando que para as atingir de forma mais eficaz se deve ter em consideração que: *i*) as abordagens globais em saúde são mais efetivas; *ii*) ambientes específicos oferecem possibilidades concretas para a implementação de estratégias globais, nomeadamente escolas, cidades, entre outros; *iii*) a participação é fator determinante para o sucesso, com as pessoas no centro da intervenções e dos processos decisórios; *iv*) a aprendizagem favorece a participação pelo que a educação e a informação são essenciais.

Para que a intervenção se torne mais eficaz é necessário investir na cooperação interinstitucional, que não se limita ao sector público, o que implica a criação de parcerias em saúde com múltiplas estruturas e intervenientes sociais.

Definem-se cinco prioridades para a promoção da saúde no século XXI, nomeadamente: *i*) promover a responsabilidade social no que se refere à saúde através de políticas e intervenções saudáveis, que protejam o ambiente e assegurem a sustentabilidade dos recursos; que restrinjam a produção, comércio e marketing de produtos nocivos e que defendam os consumidores; *ii*) reforçar os investimentos para desenvolver a saúde tendo em consideração abordagens multisectoriais, não se limitando por isso ao sector da saúde; *iii*) consolidar e alargar as parcerias em saúde; *iv*) aumentar a capacitação da comunidade e dos indivíduos para que se constituam parceiros no processo de promoção da saúde, recorrendo à utilização de meios de comunicação tradicionais e de novas tecnologias; *v*) garantir uma infraestrutura para a promoção da saúde, sendo para tal necessário a formação dos intervenientes, a investigação e a prática baseada na evidência (WHO, 1997).

Em consonância com as prioridades identificadas elencaram-se como prioridades de ação: *i*) aumentar os conhecimentos sobre determinantes em saúde e a sua modificação; *ii*) expandir as redes em saúde; *iii*) mobilizar e afetar recursos para a promoção da saúde; *iv*) aumentar os conhecimentos sobre boas práticas em promoção da saúde; *v*) promover a partilha de boas práticas; *vi*) promover a solidariedade; *vii*) estimular a transparência e a responsabilidade (WHO, 1997).

A promoção da saúde pode constituir-se um importante recurso para o desenvolvimento, no entanto é fundamental investir no empoderamento pessoal e social, nas redes de proximidade, na corresponsabilização da sociedade e na afetação de recursos específicos.

Promoção da Saúde: da investigação à prática

A quinta conferência decorreu no México sob o lema *Promoção da Saúde: Rumo a uma Maior Equidade* (WHO, 2000), da qual emergiu a Declaração Ministerial do México para a promoção da saúde.

Partindo da avaliação dos desenvolvimentos observados no âmbito da promoção da saúde realça que: *i)* um elevado nível de saúde é necessário para o desenvolvimento; *ii)* a promoção da saúde é uma responsabilidade dos governos, partilhada com outros sectores da sociedade; *iii)* se verificou melhoria do nível de saúde e da provisão de serviços; *iv)* se mantêm problemas de saúde que necessitam ser resolvidos uma vez que prejudicam o desenvolvimento; *v)* os progressos registados no âmbito da saúde são ameaçados pelo surgimento e ressurgimento de doenças; *vi)* é necessária a abordagem de determinantes sociais, económicos e ambientais com fortalecimento da colaboração para a promoção da saúde entre os diferentes sectores da sociedade; *vii)* a promoção da saúde deve constituir-se uma componente das políticas públicas com vista a maior equidade; *viii)* as estratégias de promoção da saúde revelam-se eficazes.

Partindo da análise da situação propõe como principais ações: *i)* colocar a promoção da saúde como prioridade das políticas; *ii)* assegurar a participação de todos os sectores da sociedade nas ações de promoção da saúde; *iii)* apoiar a preparação de planos de ação de promoção da saúde que na sua estrutura incluam a identificação de prioridades em saúde, políticas e programas para a sua implementação, apoiar a investigação que sustente o conhecimento sobre as áreas prioritárias, mobilização de recursos para o desenvolvimento, implementação, monitorização e avaliação desses planos; *iv)* estabelecer redes nacionais e internacionais para a promoção da saúde; *v)* defender que a ONU seja responsável pelo impacto, em termos de saúde, da sua agenda de desenvolvimento.

Salienta-se a importância da centralidade da promoção da saúde e a elaboração e implementação de Planos Nacionais de Saúde com o acompanhamento por peritos da OMS. No âmbito deste movimento em Portugal surge o Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

Da sexta conferência emergiu a Carta de Bangucoque para a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado (WHO, 2005). Neste documento estabelecem-se as ações e compromissos para abordar os determinantes de saúde num mundo globalizado, reiterando os valores, princípios e estratégias da Carta de Otava e das recomendações das conferências posteriores.

Partindo do pressuposto que a saúde é um direito fundamental, considera que a promoção da saúde é uma função prioritária da saúde pública e contribui para luta contra as doenças e ameaças à saúde.

Identificam-se como fatores críticos que influenciam a saúde: O aumento das desigualdades entre países e dentro dos países; novos padrões de consumo e de comunicação; globalização do comércio; mudanças globais no meio ambiente e aumento da urbanização. Novos desafios decorrem destes fatores, nomeadamente rápidas mudanças sociais, económicas e demográficas, com impacto nas condições de trabalho, na educação, nas famílias, nas comunidades e nas culturas, evidenciando-se diferenças de género e maior vulnerabilidade entre as crianças, deficientes, marginais e povos indígenas. Cumulativamente identificam-se novas oportunidades tais como a melhoria das tecnologias de comunicação e informação, e mecanismos mais eficientes para o governo global e para a troca de experiências.

Definem-se quatro compromissos fundamentais: *i)* conseguir que a promoção da saúde seja uma componente central da agenda do desenvolvimento mundial; *ii)* torná-la uma responsabilidade central dos governos, como um todo; *iii)* conseguir que se constitua como um dos principais focos de atenção das comunidades e da sociedade civil; *iv)* conseguir que seja um requisito de boas práticas empresariais.

Face aos novos desafios num mundo globalizado as estratégias de intervenção devem contribuir para:

- A advocacia pela saúde com base nos direitos humanos e na solidariedade
- Investir em políticas, ações e infraestruturas sustentáveis para atuar sobre os determinantes de saúde
- Promover capacidades para o desenvolvimento de políticas, de liderança, de práticas de promoção de saúde, de transferência de conhecimentos e investigação, e de alfabetização sanitária
- Legislar e regular para garantir a proteção face a fatores adversos e assegurar a igualdade de oportunidades
- Construir parcerias e alianças entre os múltiplos setores da sociedade.

Novos desafios são também novas oportunidades de intervenção em que todos os sectores da sociedade têm responsabilidade. Para que a Promoção da Saúde possa contribuir para o desenvolvimento torna-se necessário a intervenção coordenada ao nível das cinco áreas definidas na Carta de Otava.

A sétima Conferência Global de Promoção da Saúde decorreu em Nairobi, trata-se da primeira a ocorrer num país africano, subordinada ao tema: *Encerrar o abismo na implementação da Promoção da Saúde* (WHO, 2009).

Para além de reiterar o expresso nas anteriores conferências, apoia as recomendações da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde da OMS e considera que a promoção da saúde é a melhor estratégia para a redução das desigualdades na saúde e na pobreza, contribuindo desta forma para atingir o objetivo do desenvolvimento.

Reconhecendo as mudanças de contexto e os desafios com que as sociedades se confrontam apresenta como compromissos globais:

- Utilizar o potencial inexplorado da promoção da saúde, fazendo recurso da evidência para provar aos decisores que a promoção da saúde é fundamental para a gestão dos desafios nacionais e globais, revitalizando os Cuidados de Saúde Primários e os seus princípios;
- Fazer com que os princípios da promoção da saúde integrem as políticas e a agenda do desenvolvimento, tendo nomeadamente em consideração a promoção da justiça e da equidade em saúde implementando as recomendações da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da OMS;
- Desenvolver mecanismos de execução eficazes e sustentáveis, tendo uma estratégia de promoção de saúde e planos de ação que respondam às principais necessidades em saúde com intervenções equitativas e com a melhor relação custo-eficácia.

As estratégias e ações essenciais para a consecução da promoção da saúde foram consideradas as seguintes:

Promoção da Saúde: da investigação à prática

- Capacitação para a promoção da saúde, através do reforço das lideranças, de um adequado suporte financeiro, do aumento das competências dos profissionais com reorientação da sua formação, melhoria da abordagem do sistema e da performance da gestão;
- Reforço dos sistemas de saúde através do fortalecimento de lideranças e das políticas com integração da promoção da saúde no *continuum* dos cuidados de saúde e outros, serviços sociais e comunitários, ao longo do ciclo vital;
- Parcerias intersectoriais com reforço de lideranças, das políticas e da implementação, bem como da construção e aplicação da melhor evidência.
- Empoderamento comunitário, através do desenvolvimento de competências das comunidades, de recursos sustentáveis e da construção e aplicação da evidência.
- Literacia em saúde sendo considerada fundamental para o desenvolvimento da promoção da saúde (WHO, 2009)

A promoção da saúde atravessa todos os níveis de prevenção tornando-se necessário investir na formação e reorientação de práticas profissionais. As parcerias, o trabalho em rede e o empoderamento pessoal e social, a par da investigação e a divulgação de boas práticas, constituem-se fundamentais para atingir um alto nível de bem-estar.

A oitava conferência decorreu em Helsínquia (WHO, 2013) sob o lema *Saúde em Todas as Políticas*, sendo este definido como uma abordagem para as políticas públicas em todos os sectores que sistematicamente têm em consideração implicações nas decisões para a saúde, na procura sinergias e no evitamento de impactos prejudiciais à saúde, a fim de melhorar a saúde das populações e a equidade em saúde.

Sustenta-se que a equidade na saúde e o nível mais elevado possível de saúde é um dos direitos fundamentais do Homem. É responsabilidade dos governos a saúde das populações e a equidade em saúde sendo que esta é uma expressão de justiça social.

Da conferência emergiu um apelo aos governos para o cumprimento das suas obrigações para com a saúde e o bem-estar das populações devendo:

- Comprometer-se com a saúde e a equidade em saúde enquanto prioridade política, adotando os princípios da saúde em todas as políticas e agir sobre os determinantes sociais em saúde;
- Assegurar estruturas, processos e recursos que permitam a implementação da saúde em todas as políticas dos governos e entre os governos;
- Reforçar a capacidade dos ministérios da saúde para envolver outros ministérios, na liderança, parcerias, advocacia e mediação para melhorar os resultados em saúde;
- Desenvolver capacidades e competências que permitam a implementação da saúde em todas as políticas e proporcionar evidências em determinantes de saúde e inequidade e na eficácia das respostas;
- Adotar auditorias transparentes e mecanismos de responsabilização acerca dos impactos das medidas na saúde e na equidade de forma a estabelecer mecanismos de confiança entre os governos e as populações;
- Estabelecer medidas de salvaguarda de conflitos de interesses que incluam a defesa das políticas face aos interesses comerciais;
- Incluir as comunidades, os movimentos sociais e a sociedade civil no desenvolvimento, implementação e monitorização da saúde em todas as políticas e aumentar a literacia em saúde das populações.

Entre outras medidas os participantes na conferência solicitam à OMS que apoie os estados a colocarem em prática a saúde em todas as políticas, para aumentar as suas competências neste âmbito, utilizar a saúde em todas as políticas no trabalho com as Nações Unidas, no que se refere aos objetivos do Milénio e na agenda para o desenvolvimento no pós-2015. Assim, lançam o repto a que as diferentes organizações internacionais sejam coerentes com os princípios da saúde em todas as políticas e estabeleçam sinergias para as colocar em prática (WHO, 2013).

A *saúde em todas as políticas* tem como pressuposto que a saúde não se limita ao estrito âmbito das competências tradicionais dos ministérios da saúde. Torna-se necessário que estes se constituam advogados, mediadores e facilitadores para que a saúde atravesse todas as políticas a nível global, nacional, regional e local.

Para tal, há necessidade de reorientar práticas profissionais, de empoderar pessoas e comunidades, de fomentar o trabalho em rede e de prestar contas de forma transparente.

A promoção da saúde continua a ser fundamental para a equidade em saúde e para o desenvolvimento.

Conclusão

Das conferências é evidente que a promoção da saúde visa a transformação social e o empoderamento pessoal e comunitário.

A promoção da saúde vai para além do controlo e da intervenção sobre os comportamento de saúde, mas procura-se uma intervenção social ativa que permita influenciar as decisões. Os profissionais, com intervenção na promoção da saúde, deverão orientar a sua intervenção para ajudar os indivíduos e os grupos a construir a sua autonomia, e responsabilidade, pelo que o poder na tomada de decisões é partilhado, procurando-se um modelo *bottom-up*. Espera-se que tenham conhecimentos na área, competência técnica, responsabilidade social e satisfaçam as necessidades dos clientes. Constituem-se como dinamizadores, facilitadores, advogados, pelo que do seu corpo de competência não se espera apenas o domínio técnico-científico, mas também os valores e os princípios que orientam a profissão.

Parece pois que a promoção da saúde continua a necessitar de informação pertinente, mas também da participação e responsabilização dos indivíduos, enquanto sujeitos ativos nas tomadas de decisão no seu contexto de vida.

Bibliografia

- Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. 11(1), 11-18
- Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria empowerment no projeto de Promoção da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 20(4), 1088-1095.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health: background document to WHO – strategy paper for Europe*. Stockholm: Institute for futures studies.
- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail?. *Le Travail Humain*. 58(1), 1-16.
- Dever, A. (1991). *Community health analysis: global awareness at local level*. 2nd ed. USA: Aspen Publishers.
- Frias Osuna, A. & Palomino Moral, P. (2000). Promoción de Salud. In Frias Osuna, A. *Salud Publica y Educación para la Salud*. Barcelona: Masson SA.
- Ferreira, F.A. (1982). *Moderna Saúde Pública*, 5^a edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Koelen, M. A. & Van Den Ban, A. (2004). *Health education and Health Promotion*. Netherlands: Wageningen Academic Publishers.
- Lalonde, M. (1981). *Nouvelle perspective de la santé des canadiens: un document de travail*. Canada: Ministre des approvisionnements et services Canada.
- Laverack, G. (2007). *Health Promotion Practice: building empowered communities*. England: McGraw-Hill.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde: poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 59(6), 440-442.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*. 21(3), 238-244.
- Piedrola Gil, G. [et al]. (1994). *Medicina Preventiva y Salud Publica*. 9^a ed. Barcelona: Ediciones Cientificas y Técnicas S. A. Mason Salvat Medicina.
- Salleras Sanmarti, L. (185). *Educación Sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos.
- WHO. (1978). *Declaration of Alma-Ata: international conference of primary health care*. Retirado de http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter of Health Promotion. First international conference on health promotion*. Retirado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>.
- WHO. (1988). *Adelaide Recommendations on Health Public Policy. Second international conference on health promotion*. Retirado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/print.html>.
- WHO. (1991). *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Third International Conference on Health Promotion*. Retirado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/print.html>.
- WHO. (1997). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. The Fourth International Conference on Health Promotion*. Retirado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/print.html>.
- WHO. (1998a). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO.
- WHO. (2000). *The Fifth Global Conference on Health Promotion. Health Promotion: bridging the equity gap*. Retirado de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_en.pdf.
- WHO. (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Retirado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/index.html>.
- WHO. (2009). *7th Global Conference on Health Promotion*. Retirado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/>.
- WHO. (2011). *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde*. Rio de Janeiro: WHO.
- WHO. (2013). *The 8th Global Conference on Health Promotion: The Helsinki Statement on Health in All Policies*. Retirado de http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf.
- WHO. (2013). What are the social 'determinants' of health?. Retirado de http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/index.html.

(Re)pensar a educação para a saúde: Educação para a Saúde ou para a vida?

Maria de La Salette Calvinho & Cidália Amorim
Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde

A saúde não é tudo mas, sem ela, o resto não é nada

Schopenhauer (1788-1860)

A saúde é concebida e vivida pelas populações em todos os quadrantes da vida quotidiana e nos mais diversos contextos onde se aprende, trabalha, brinca e ama.

No conceito holístico que a OMS tem vindo a desenvolver, a saúde é uma importante dimensão da qualidade de vida das pessoas numa combinação integrante de saúde física e de bem-estar psicológico e social (Ramos, 2004).

“Este conceito de saúde pressupõe que todos aqueles que têm responsabilidades ao nível da saúde, os profissionais do terreno mas também os decisores políticos, o integrem nas suas práticas, descentrando a sua atenção da dimensão física, da patologia em si, para compreenderem o processo de saúde e doença e os abordarem em toda a sua abrangência” (Calvinho, 2007, p.117).

Assim concebida, a saúde depende de múltiplas coordenadas tais como as políticas públicas para a saúde e para a educação, que promovam o desenvolvimento socioeconómico e cultural, que protejam o meio-ambiente, entre outras.

Entendendo a saúde “como um processo de construção e luta pelo próprio projecto de vida e a educação como um processo que visa desenvolver as capacidades cognitivas, afectivas, psicomotoras e sensoriais e as competências sociais dos indivíduos por forma a que estes se possam relacionar positivamente com o meio, modificando-o quando necessário” (Nerici, 1996, p. 23) torna-se urgente e necessário (re)pensar o conceito de educação para a saúde.

A OMS (1982) redefiniu educação para a saúde como sendo um conjunto de atividades que encorajem a população a desejar ter saúde, a saber como a manter, a atuar individual e coletivamente e a procurar ajuda quando necessário.

Nesta perspetiva a educação para a saúde deve ser encarada como uma atividade interativa e com intervenções globais e globalizantes, em que os serviços de saúde e da educação se conjuguem com outros recursos comunitários e partilhem destes princípios.

Para Greene (1984) a educação para a saúde é um conjunto de experiências de aprendizagem programadas, que facilitam a adoção voluntária de comportamentos saudáveis. Neste sentido González (2002) acrescenta que esta é uma atividade intencional, que requer um programa com análise da realidade ou identificação clara do problema, objetivos, atividades planeadas com definição de estratégias metodológicas de trabalho e de avaliação, apoiando o indivíduo na aquisição de conhecimento a partir do que o rodeia e de si mesmo e promovendo a modificação de comportamentos.

Face ao que expusemos, a educação para a saúde compreende oportunidades de aprendizagem criadas conscientemente e pressupõe uma forma de comunicação que vise melhorar a educação sanitária, incluindo a melhoria do conhecimento da população em relação à saúde e o desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas que aumentem a saúde individual e da comunidade.

Deste modo, não se limita unicamente à transmissão de informação (de carácter social, económico e ambiental) mas sim a fomentar a motivação, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a autoestima necessárias para a adesão a comportamentos que proporcionem a manutenção e fortalecimento da saúde.

A educação para a saúde tem em atenção as condições e os estilos de vida dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Considera as suas necessidades, as suas perceções, valores, cultura e opções de vida de cada indivíduo, contribuindo para o empoderamento individual e da comunidade.

Várias têm sido as teorias e os modelos adotados na implementação dos programas de educação para a saúde ao nível individual, de grupos e nas comunidades mas, o fundamental é que a equipa de saúde intervenha como um recurso capaz de favorecer o desenvolvimento do potencial de saúde das comunidades.

A finalidade da educação para a saúde é pois promover a apropriação de saberes que permitam ao indivíduo satisfazer as próprias necessidades, desenvolver atitudes positivas face à vida e desenvolver o pensamento crítico e reflexivo, propiciador da autonomia e da responsabilidade face à sua saúde. Deste modo, pretende-se que seja capaz de lidar com a pressão social imposta pelos meios de comunicação social e publicidade, entre outros, estabelecendo um diálogo interativo entre todos os elementos da sociedade e potenciar a sua saúde (Amorim, 1998).

Segundo Navarro (1995), em Portugal, a educação para a saúde surgiu nos anos quarenta do séc. XX, ligada à escola de enfermagem de Rockefeller, sob a influência dos Estados Unidos da América. Esta formação assentava na transmissão de informação com o intuito de favorecer a adoção de comportamentos saudáveis, fundamentalmente centrada nas doenças infecciosas que eram a principal fonte de preocupação à data. Esta visão impregnada de passividade, centrada num registo meramente transmissivo e instituído, gerava poucas mudanças. Daí ter sido substituída por intervenções mais dinâmicas e direcionadas para as comunidades, facilitadas pela formação de técnicos de saúde/sociais mais especializados e com uma visão mais abrangente e comunitária.

Nos anos sessenta do século XX, o serviço de saúde escolar que perspetivava a necessidade da aquisição de saberes nas comunidades educativas, contribuiu para o desenvolvimento de áreas de educação para a saúde mais formalizadas, destacando-se a importância das motivações na aquisição de comportamentos saudáveis (Navarro, 1998).

Com a revolução de Abril de 1974, especificamente na área da saúde, passou a haver uma melhor cobertura sanitária no país, nomeadamente nas zonas rurais, o que veio permitir uma medicina preventiva mais eficaz.

Mais tarde, a integração de profissionais de outras áreas do conhecimento, em especial da educação constituiu uma mais-valia nas práticas de educação para a saúde. Neste sentido, a saúde centrou-se numa vertente socio-ambiental, não única nem exclusivamente individual, e a comunidade passou a ter uma maior responsabilidade tanto na saúde individual como na coletiva.

A educação para a saúde deve iniciar-se no seio familiar, porém, deve ser contínua e integrada ao longo do ciclo vital e englobar outros *settings* de intervenção, como escolas, os serviços de saúde e outras instituições comunitárias (Amorim, 1998). Deve ser realizada em íntima articulação com os líderes formais e informais da comunidade, para que todos possam ser transformadores e produtores de saberes.

A diversidade cultural, étnica e ética devem ser olhadas como um potencial de enriquecimento da qualidade e não como marginalizações ou minoração das capacidades e saberes. Assim, a escola deve ser entendida como um espaço de reflexão-ação, facilitador e apropriador de auto, hétero e co-formação na saúde contribuindo para o desencadear de processos de consciencialização capazes de permitir uma aprendizagem que conduza a opções, a atitudes e a comportamentos favorecedores de bem-estar.

Nesta perspetiva torna-se necessário que os projetos e os programas de educação para a saúde sejam sujeitos a processos de avaliação sistemática e consequentemente a reformulações alicerçadas na investigação produzida e nos achados resultantes das evidências científicas.

Poulizac (1984) citado por Pestana (1999, p. 25) afirma que “(...) a educação para a saúde não deve ser encarada como uma vulgarização do conhecimento médico, nem como um subproduto da publicidade, mas como um impulso à participação efetiva na autogestão da saúde, no contexto das realidades quotidianas (...)”.

O enfermeiro enquanto educador e elemento da equipa de saúde deve atender às necessidades e especificidades de cada utente, família e comunidade e tentar responder às necessidades identificadas. Consciente do seu papel deve desempenhar o seu trabalho em íntima ligação com os diversos atores e procurar educar *na, com e para* a saúde em qualquer estágio do ciclo de vida do indivíduo inserido no seu contexto (Amorim, 1998). Porém, a educação para a saúde não é uma estratégia a ser exclusivamente utilizada por enfermeiros e Robins (1994), citado por Shiner (1999), refere a importância da educação para a saúde através de grupos de pares (partilha de experiências e aprendizagens uns com os outros). No seguimento do acima mencionado, a educação pelos pares é uma estratégia para ensinar, partilhar ou alterar (in)formações, valores e comportamentos na área da saúde (Sciaccia & Black, 1996), podendo ser globalmente analisada como um processo que acontece durante um determinado período, a fim de preparar, motivar e treinar os indivíduos no sentido de desenvolverem atividades educacionais (in)formais e organizadas, com a finalidade de mudar crenças, atitudes e competências dos seus pares de forma a capacitá-los de habilidades que visem a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Importa destacar, como anteriormente referido, a função atribuída à escola enquanto espaço social e formativo nas atividades de promoção e educação para a saúde de crianças, jovens, adultos e idosos, sendo importante aproveitar este espaço para obter uma melhor compreensão e inter-relação das diferentes áreas do conhecimento e das diversas sinergias entre os temas curriculares, integrados nos projetos educativos de cada instituição de formação, em parceria e cooperação com a comunidade.

Para tal, há que redefinir, elaborar ou reformular os projetos em curso, utilizando estratégias apropriadas e, simultaneamente desenvolver nos formadores e formandos competências transversais (técnico-científicas e sócio relacionais) envolvendo os pares, as famílias e a própria comunidade, fomentando nestes grupos a corresponsabilização para a autonomia nas decisões e desenvolvendo o espírito de entreajuda.

Paralelamente, há que fomentar a formação em contexto de trabalho dinamizando espaços e tempos de reflexão, de discussão e de partilha centrados na aquisição de saberes empíricos, experienciais e práticos e, cumulativamente o desenvolvimento de competências com vista à formação. Assim, importa considerar Sampaio e Mestrinho (2007, p. 7) ao afirmarem que “(...) um processo global de construção de conhecimentos e atitudes é sempre uma madrugada, um dia inicial que abre novos tempos e novos espaços. É por isso, sempre um caminho de risco, do qual se conhece começo, se vislumbra o fim, mas nunca se sabe exactamente, quando e como será a dinâmica que levará à emergência da noite do silêncio (...)”.

Promoção da Saúde: da investigação à prática

Para concluir consideramos que a educação para a saúde exige uma perspectiva multisectorial e multidisciplinar e o recurso a estratégias específicas aos diferentes níveis de intervenção: O governamental, o legislativo, o profissional e o comunitário. Tal como Navarro (1998), acreditamos que viver é, antes de mais, construir e construirmo-nos permanentemente, crescer na inter-relação com os outros, quer sejam ou não profissionais de saúde, intervir criativamente nos diversos contextos de vida, e sobretudo reconhecer os avanços e recuos ao longo desta caminhada. Deste modo a educação para a saúde pressupõe uma educação para vida.

Bibliografia

- Amorim, C. (1999). Educação para a Saúde: autonomia de opção. *Trajectos e Projectos*, 1, 25-30.
- Amorim, C. (2000). Educação para a Saúde: Uma Actividade Interactiva. *Trajectos e Projectos*, 2, 17-21.
- Calvinho, M. S. (2007). *Violência conjugal contra a mulher: histórias vividas e narradas no feminino* (Tese de Mestrado). Universidade Aberta, Lisboa.
- Comissão de Coordenação da Promoção e Educação Para a Saúde (2000). *Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde*. Lisboa: Ministério da Educação.
- González, M. I. (2002). *La EPS del siglo XXI: Comunicacion Y salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S:A
- Greene, W & Simons-Morton, B. (1984) *Educacion para la salud*. México: Interamericana, MCGraw- Hill.
- Navarro, M. F. (1995). Educação para a Saúde e Profissionais de Saúde Comunitária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 13 (4), 77 - 83.
- Nérici, I. G. (1996). *Superação pela Educação: o caminho para a superação de dificuldades pessoais e sociais*. São Paulo: IBRASA
- OMS (1998). *Promoção de saúde. Glossário*, Genebra: WHO
- Russel, N. (1996). *Manual de educação para a saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Stanhope, M & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusodidacta.
- WHO (2003). *Health for All*. Geneve: WHO

Experimental para conhecer

Ângela Ferreira & António Cunha
Associação Cultural e de Educação Popular

A Educação para a Saúde

De acordo com Rodrigues, Pereira e Barroso (2005), a saúde é um proveito e a educação para a saúde um legado que devemos aumentar, sempre numa perspectiva de investigação, de pedagogia e didatismo. De facto a educação para a saúde é um conjunto de medidas, informação e formação com o objetivo último de potenciar a mudança de comportamentos, segundo a WHO (1998), tendo assim como principal objetivo a promoção alterações positivas nos comportamentos de saúde, que podem ser definidos como o “padrão de comportamento observável, as ações e os hábitos que se relacionam com a manutenção, a cura e a melhoria da saúde” (Fielding, 1982, citado por Russel, 1996, p.6).

Para Faria (1998), a promoção/proteção da saúde, a prevenção das doenças e dos estilos de vida só são possíveis através da participação ativa de vários intervenientes, nomeadamente a escola, a família e a comunidade.

O facto de aprender sobre saúde poderá possibilitar ao indivíduo, a aquisição de conhecimentos (*saber*) e de capacidades e competências (*saber fazer* e *saber ser*), que lhe permita realizar opções saudáveis e recusar comportamentos não desejados (Natário, 1993).

A participação da escola tem sido profícua na implementação de programas e projetos que visam o desenvolvimento de aprendizagens no âmbito da educação para a saúde.

Concomitantemente, a estratégia da Conferência de Otava (OMS, 1986), enquadrava o conceito de promoção de saúde como um processo que visa criar condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os fatores sociais, económicos, ambientais e pessoais que a influenciam.

A elaboração de políticas e a criação de ambientes saudáveis, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de capacidades individuais e a reorientação dos serviços de saúde são algumas das estratégias propostas.

A Educação em Ciência

Ao longo dos últimos anos tem sido consensual a ideia de que há uma discrepância crescente entre a educação nas nossas escolas e as necessidades e interesses dos alunos (Ministério da Educação, 2001).

Hoje, a comunidade educativa reconhece que um ensino mecanicista conduz a uma aprendizagem insuficiente e limitativa, ao desinteresse e ao conseqüente insucesso dos alunos. A investigação educacional tem vindo a demonstrar a necessidade de repensar o modo como tradicionalmente tem sido praticado o ensino nas nossas escolas, pondo em causa a adequação dos currículos face aos alunos de hoje.

A velocidade a que o nível de conhecimento científico, em particular, tem crescido com uma conseqüente aplicabilidade daquele ao quotidiano da sociedade global, tem tornado evidente ao longo dos anos, que a aquisição de conhecimentos e da prática de comportamentos deixou de ter um palco privilegiado de aprendizagem e desenvolvimento, no interior da sala de aula.

Durante um longo período do percurso histórico da educação esteve, por exemplo, o ensino das ciências centrado na memorização de conteúdos (factos e leis), na realização de atividades de mecanização e na aplicação de regras à resolução de questões semelhantes às anteriormente apresentadas e resolvidas pelo professor. Esta visão mecanicista entendia as ciências como um corpo organizado de conhecimentos e regras a aprender e a aplicar, sem qualquer ligação com a realidade, aparecendo de forma descontextualizada (Domingos, Neves & Galhardo, 1987). Além disso, os currículos e os programas eram elaborados tendo em vista as necessidades de estudos posteriores, centrando-se quase única e exclusivamente na aquisição de capacidades intelectuais, sem qualquer preocupação no desenvolvimento de capacidades afetivas e sociais (Yager, 1981).

Esquecidos eram também os conhecimentos adquiridos pelos alunos fora da escola, conhecimentos que, juntamente com as suas concepções e atitudes face às ciências influenciavam fortemente a aprendizagem. A importância destes conhecimentos prévios no processo de ensino-aprendizagem foi bem sublinhada por Ausubel (1986), ao defender que o fator com maior influência na aprendizagem é o conhecimento que os alunos já possuem e, ao recomendar que se esclareça primeiro o que os alunos sabem e se ensine de acordo com esse conhecimento.

Cachapuz, Praia e Jorge (2002) sublinham que o ensino das ciências que temos não consegue oferecer uma cultura científica de qualidade e adequada a todos os alunos nem convencê-los a enveredarem por percursos escolares de índole

científico-tecnológica. De acordo com os mesmos autores, o ensino das ciências necessita de transformações profundas desde o 1º ciclo do ensino básico, apontando entre vários pontos críticos:

- O tardio início do ensino das ciências e o seu término precoce, esquecendo a aprendizagem ao longo da vida;
- O formalismo do local de aprendizagem (escolas), não explorando outras sinergias com a comunidade científica e o ensino não experimental.

A ideia de que, atualmente, o conhecimento científico constitui um aspeto essencial na cultura de cada cidadão é comumente aceite. Num mundo em constante mudança, cada vez mais dominado por produtos de ciência e tecnologia, qualquer pessoa tem necessidade de usar informação científica que fundamente a tomada de decisões. Neste contexto, a escola, concretamente a educação em ciência deve promover a literacia científica. Quer isto dizer que a finalidade da educação em ciência é a preparação de alunos cientificamente literatos, que implica o desenvolvimento de atitudes e novas competências como por exemplo, a abertura à mudança, a responsabilidade, o aprender a aprender, que ajudem os alunos a debater questões de índole científico-tecnológica (Cachapuz, Praia & Jorge, 2002). Esta ideia implica necessariamente uma nova forma de abordar as ciências que entronca numa orientação do ensino das ciências em torno de contextos ciência-tecnologia-sociedade. Tal orientação ao reclamar a aquisição de conhecimentos científicos e o desenvolvimento de capacidades e atitudes a propósito da abordagem de temas e problemas reais relevantes, cria condições para que tais aprendizagens se tornem úteis no dia-a-dia, não apenas numa perspetiva instrumental mas, essencialmente numa perspetiva de ação (Cachapuz, Praia & Jorge, 2002; Tenreiro-Vieira & Vieira, 2004).

A perspetiva construtivista de Piaget (1991) considera que quem aprende constrói significados pessoais a partir da interação com o meio envolvente. O conhecimento resulta assim, da construção pessoal de representações e de interpretações relativas ao meio. Neste sentido, para que estas sejam significativas para os alunos, o processo de ensino-aprendizagem deve suscitar a sua motivação, ativar os seus conhecimentos prévios, ligando-os às experiências educativas e promovendo a aprendizagem de novos conhecimentos, avaliados e revistos, em função da sua aplicação em novas situações. A este propósito, Cachapuz, Praia & Jorge (2002) sublinha que de acordo com as características do mundo atual, o ensino das ciências deve seguir uma orientação de índole construtivista que contemple uma participação ativa dos alunos na construção do conhecimento, explorando situações de diálogo interpares, processos de partilha e de pesquisa. Trata-se de um novo enquadramento para o ensino das ciências em que os conteúdos programáticos abordados surgem ligados aos interesses quotidianos e pessoais dos alunos, percecionados enquanto meios necessários ao desenvolvimento de competências e atitudes, deixando de ser apenas produtos do *saber*, sujeitos a uma avaliação de índole classificatória. De acordo com os mesmos autores, mais do que objetivos instrucionais, importam os objetivos educacionais numa perspetiva de ensino por pesquisa em que a mudança de atitudes, as metodologias adotadas e a organização das atividades deverão “envolver cognitivamente e afetivamente os alunos, sem respostas prontas e prévias, sem conduções muito marcadas pela mão do professor, caminhando para soluções provisórias, como respostas a problemas reais e sentidos como tal, de conteúdo inter e transdisciplinar, cultural e educacionalmente relevantes” (p.172).

Centros de Ciência – contextos informais de conhecimento

Inicialmente denominados *Museus de Ciência*, possuem atualmente estes espaços informais de conhecimento, a nomenclatura de *Centros de Ciência* ou *Centros Interativos de Ciência*. A transformação do nome não é inocente. Ela revela uma evolução sobre o papel que estes espaços obtiveram na sociedade, ao longo de décadas.

Segundo Mendes (2003), antigamente os museus eram vistos como importantes repositórios de coleções, atualmente são considerados sobretudo locais onde se pode aprender. Compreende-se, assim, o aumento nas preocupações educativas destas instituições. Os seus visitantes continuam a contactar com coleções, mas também com ideias, objetos e eventos que não estão acessíveis em casa ou na escola. Assim, pode afirmar-se que estas visitas constituem momentos privilegiados de educação informal.

Os museus tradicionais são instituições nas quais o público espera encontrar objetos excecionais, de valor incalculável, que são exibidos dentro de vitrinas, e algumas vezes vigiados dia e noite, de forma a garantir a sua segurança. Supõe-se que os visitantes se comportem de uma forma contemplativa, respeitando as normas implícitas, nomeadamente ver sem mexer nos objetos e falar em voz baixa, demonstrando respeito pela coleção.

Falk e Dierking (1992) afirmam que os museus podem ser classificados em *hands-on* e *hands-off*. Mais recentemente, Mendes (2003) indica que as designações *hands-on* e *brains-on*, utilizadas por muitos autores anglo-saxónicos, significam utilizar as mãos e o cérebro, dado que o fazer deve suportar o pensar.

De acordo com o mesmo autor, outras investigações provam a importância do manuseamento dos objetos na própria estruturação do pensamento e no desenvolvimento do cérebro ao longo de toda a vida. Tal, remete-nos inclusivamente para a teoria de Piaget (1991), segundo a qual a concretização desempenha um papel essencial numa determinada fase de aprendizagem que se prolonga dos três anos de idade até à adolescência.

Stevenson (1991) refere que os centros interativos de ciência são mais do que uma coleção de exposições do tipo *hands-on*, dada a importância do seu contexto. O ambiente de um centro interativo de ciência é completamente diferente do ambiente de um museu, oferecendo a possibilidade aos visitantes de manipularem, tocarem, dividirem as peças e voltar a uni-las. Para além disto, há sempre monitores presentes, cuja função é responder às questões colocadas, encorajar as pessoas a explorar e descobrir, ou até mesmo estabelecer conversas informais com os visitantes.

Por sua vez, Falk e Dierking (1992) referem que a essência de um centro interativo de ciência está justamente na combinação dos estímulos intelectual e físico por fomentarem uma atitude ativa e manipulativa com os módulos. Nestes espaços, supõe-se que os visitantes interajam fisicamente com os objetos, manipulando-os e é frequente ouvir pessoas a

falar alto ou mesmo algumas gargalhadas. Não se supõe que estes se limitem a contemplar os objetos expostos, ou denominem todo o conteúdo que lhes está associado. No fundo, assume-se uma postura mais descontraída.

De acordo com Johnston (1996), os centros interativos de ciência têm a missão de apresentar a ciência ao público, de forma a dar-lhe a noção da sua importância e simultaneamente esclarecê-lo sobre a forma como o seu quotidiano está diretamente dependente dela. Por outro lado, os visitantes poderão passar a compreender alguns princípios científicos e as respetivas aplicações tecnológicas que poderiam não ser claros antes da visita. Por fim, após a visita deveriam tornar-se mais interessados em ciência e incentivados a aprofundar temas relacionados.

A Educação para a Saúde na Educação em Ciência

A disseminação dos centros de ciência, ao longo da última década e meia no nosso país, através do *Programa Nacional de Ciência Viva*, tem permitido uma positiva aproximação e valorização sobre o papel da ciência na gestão do bem-estar e progresso das comunidades e de cada indivíduo, dotando-os de competências de auto e hetero conhecimento.

O seu cariz inovador, informal e democrático seduz positivamente os visitantes e transforma eventuais posturas de indiferença ou *ignorância* sobre temáticas diversas.

Os centros de ciência possuem por isso e de forma distinta, um papel relevante para o alavancar das práticas individuais e coletivas de promoção e educação para a saúde. Elas permitem um acesso generalizado a temáticas, desde as mais quotidianas, às mais complexas. Desmistificam preconceitos e disponibilizam recursos permanentes às estruturas locais que atuam sobre o tema para uma efetiva educação para a saúde.

Deste modo, é com recurso à experimentação, à manipulação lúdica e à livre exploração de cada visitante, que a partilha do conhecimento científico se completa e se renova.

A dinâmica educativa desenvolvida pela Associação Cultural e de Educação Popular (ACEP), no âmbito do seu Centro de Experimentação, Ciências, Arte e Cultura (CECAC), procura conjugar os fundamentos da educação para a saúde e da Educação para a Ciência (EC) mediante estratégias de experimentação lúdica que facilitem a todos os seus visitantes, a assimilação de conceitos basilares de conhecimento e funcionamento do corpo humano.

Sob o lema *experimentar para conhecer* a atividade do CECAC direciona-se a um conjunto alargado de públicos, tendo especial enfoque junto dos grupos de intervenção mais precoce (desde os 3 anos de idade). Com mais de uma década de funcionamento o CECAC já abrangeu cerca de 58.000 crianças e jovens provindos dos distritos de Viana do Castelo, Braga e Porto, e frequentadores dos diversos níveis de educação e ensino (pré-escolar ao ensino superior).

A sua exposição permanente dedicada ao tema do corpo humano e aos órgãos dos sentidos e o conjunto de exposições temporárias até agora já patentes (e.g. alimentação, doenças respiratórias e saúde oral) abrangem diversos temas da educação para a saúde já implementadas em projetos escolares e que neste âmbito obtêm uma complementaridade de valor acrescido.

Um aspeto inovador da atividade do CECAC é articulação da ciência e sua experimentação recorrendo a outras áreas do saber e da expressão humana: A arte e a cultura. Sem estas a aquisição do conhecimento tornar-se-ia menos expressiva e menos reveladora da dimensão holística que a ciência possui e que a intervenção sobre as problemáticas que afetam a saúde dos indivíduos necessita de ter para a sua resolução.

Considerando os pressupostos teóricos já abordados neste documento por diversos autores, a prática educativa do CECAC em torno do tema da saúde tem procurado dinamizar os seguintes objetivos: *i*) Promover o conhecimento mediante a experimentação científica, que sirva para obter maiores e melhores competências para a proteção da saúde; *ii*) enquadrar esse conhecimento num contexto ecológico e social (escola, família e comunidade), ajudando a perceber as interações entre os indivíduos e o impacto dessas interações para a saúde e bem-estar coletivos; *iii*) interagir com a comunidade académica e científica no sentido de alargar áreas de investigação em problemáticas de saúde a nível local, regional ou nacional.

Com este último objetivo, a ACEP através do CECAC conseguiu ao longo dos últimos anos encetar um processo de ligação com a comunidade científica e académica regional, para o estabelecimento de uma colaboração que reforça a qualidade do trabalho educativo, favorecendo a aplicabilidade dos recursos provindos das instituições de ensino superior em prol da divulgação e literacia científica.

Da recente cooperação entre a ACEP e o Instituto Superior de Saúde do Alto Ave resultou na organização e dinamização de uma exposição temporária dedicada à saúde oral, estruturada para grupos etários com idades superiores aos 3 anos, favorecendo uma intervenção mais precoce neste domínio. A exposição *Visita os teus dentes* abrange um leque diversificado de atividades cujos objetivos vão de encontro às estratégias definidas no Plano Nacional de Saúde Oral (2005, p. 8), designadamente a “promoção da saúde oral no contexto familiar e escolar”, e aos objetivos por ele também definidos, nomeadamente, a “melhoria de conhecimentos e comportamentos sobre alimentação e higiene oral” (Plano Nacional de Saúde Oral, 2005, p.9).

Porque as doenças orais são, pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil, mas sabemos que se forem adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, a cárie e as doenças periodontais são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos bastante reduzidos e ganhos em saúde relevantes.

Como refere Natário (1997), entre as crianças e jovens portugueses a doença crónica mais comum é a cárie dentária, tendo o seu início com a dentição decídua, e quase todos os portugueses já sentiram, pelo menos uma vez na sua vida, os seus efeitos, por exemplo: dores, abscessos, idas ao dentista, absentismo escolar e laboral, entre outros. Este autor acrescenta ainda que a prevalência da cárie dentária é tão elevada em Portugal que atinge a grande maioria das crianças, até aos dez anos de idade.

Promoção da Saúde: da investigação à prática

Por isso, temas como a cárie dentária e a sua etiologia, a desmistificação da consulta de saúde oral, o método da escovagem, a utilização do fio dentário e da pasta dentífrica com flúor, a ingestão de alimentos e a evolução do pH na cavidade oral, bem como o alertar para outras patologias comuns e transmissíveis da cavidade bucal ou para os comportamentos de risco como o tabaco e os *piercings*, estão presentes ao longo desta exposição com recurso a diversos módulos experimentais.

Bibliografia

- ACEP (s/d). *Associação Cultural e de Educação Popular*. Viana do Castelo: Associação Cultural e de Educação Popular.
- Ausubel, D.P. (1986). *Educational Psychology: A cognitive view*. New York: Holt Reinhart Inc.
- Cachapuz A., Praia, J. & Jorge, M. (2002). *Ciência, Educação em Ciências e Ensino das Ciências*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Domingos, A.M., Neves, I.P., & Galhardo, L. (1987). *Uma forma de estruturar o ensino e a aprendizagem*. 3ª edição. Lisboa: Livros Horizonte.
- Falk, J.H. & Dierking, L.D. (1992). *The Museum Experience*. Washington: Whalesback Books.
- Faria, L. (1998). Apologia da Saúde na Escola. In: Almeida *et al* (Eds.), *Atas do IV Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho.
- Johnston, D.J. (1996). *Do science centers do what science centers are supposed to do? The visiting public give their verdict on a test case conducted over the last three years in Perth, Western Australia*. Comunicação apresentada no 1st Science Center World Congress, Vantua, Finlândia.
- Ministério da Educação (2001). *Curriculum Nacional do Ensino Básico: competências essenciais*. Lisboa: Direção do Ensino Básico.
- Mendes, J.A. (2003). *Educação e Museus: novas correntes*. Conímbriga (pp 1 -11).
- Ministério da Saúde (1997). *A Saúde dos portugueses/1997*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2005). *Plano Nacional de Saúde Oral*. Lisboa: Ministério da Saúde/Direção Geral de Saúde.
- Natário, A., et al. (1997). *A Saúde dos Portugueses*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Natário, E. (1993). *Escola promotora de saúde: conceitos e princípios de intervenção*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Versão portuguesa *Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde Pública*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Piaget, J. (1991). *Psicologia e Epistemologia: para uma Teoria do Conhecimento*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.
- Russel, N. (1996). *Manual de Educação para a Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Stevenson, J. (1991). The long-term impact of interactive exhibits. *International Journal of Science Education*, 13 (5), 521-531.
- Tenreiro-Vieira, C., e Vieira, R. M. (2004). *Produção e validação de materiais didáticos de cariz CTS para a educação em ciências no Ensino Básico*. Comunicação apresentada III Seminário Ibérico Ciência-Tecnologia-Sociedade no Ensino das Ciências, na Universidade de Aveiro.
- WHO-EURO (1998). *Health 21 - The Health for all policy Framework for the WHO European Regio*. Copenhagen, WHO.
- Yager, R. (Ed) (1993). *Science/tecnologia/society as a reform in science education*. New York: State University of New York Press.

Doença crónica: A importância da avaliação da Qualidade de Vida

Maria Isabel Lajoso Amorim
Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde

Introdução

Com o aumento de longevidade, a incidência e prevalência das doenças crónicas têm vindo a aumentar nos países Ocidentais, ultrapassando em muito a doença aguda como principal causa de morbilidade e mortalidade.

Qualquer situação de doença, e concretamente de doença crónica desencadeia fortes reações emocionais que poderão ser variáveis, de acordo com as características e exigências da doença em causa, com as características individuais, ou mesmo pelo momento vital. Não pode de forma alguma esquecer-se o modo crescente como a literatura e um elevado número de estudos têm apontado para uma forte associação entre doença crónica e psicopatologia (nomeadamente sintomatologia depressiva), geralmente associados com os resultados da evolução da doença e o decréscimo da Qualidade de Vida (QV).

Parece então indubitável que, para além dos aspetos biológicos e aspetos médicos tradicionais, se torna fundamental reconhecer a importância da avaliação dos processos psicológicos do indivíduo. Uma boa saúde mental terá um papel determinante no controlo adequado de uma doença crónica, sendo um acompanhamento psicossocial e educacional muitas vezes, necessário para aumentar a adesão ao autocuidado.

Só a compreensão dos processos pelos quais um indivíduo passa quando se confronta com uma situação de doença crónica, pode tornar os técnicos de saúde mais capazes de os ajudar a lidar mais efetivamente com a sua doença e a atingir um maior nível de ajustamento psicossocial à mesma. Deverá ser ponto preponderante de interesse a ajuda ao indivíduo doente na satisfação das suas necessidades, não só no que diz respeito às perturbações que incluem a doença, mas também no que envolve os efeitos no funcionamento individual e no bem-estar em todas as suas dimensões.

Saúde/doença

Há já algumas décadas, na primeira Assembleia Mundial de Saúde em 1948, a Organização Mundial da Saúde definiu saúde como completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença, rompendo então com o modelo biomédico tradicional. Salienta-se nesta definição o aspeto da multidimensionalidade, pois conceptualmente inclui as dimensões física, social e mental como aspetos de uma mesma realidade que só existem enquanto conjunto, e também a sua visão pela positiva. Sendo a saúde, não apenas ausência de doença, mas manifesta-se simultaneamente pelo bem-estar e pela funcionalidade.

No modelo Biopsicossocial, Engel (1977) propõe, como que, uma expansão do modelo biomédico, incorporando fatores psicossociais na equação inicial, argumentando que fatores biológicos, psicológicos e sociais são igualmente importantes para a saúde e a doença. O indivíduo é visto como um ser biopsicossocial que engloba, de uma forma integrada, um sistema biológico (aspetos anátomo-fisiológicos e bioquímicos), um sistema psicológico (aspetos racionais e emotivos e relacionados com as experiências sensoriais da história individual) e um sistema social (indivíduo na sua relação com a família e sociedade em geral, normas sociais de comportamento, pressões para mudar de comportamento, valores sociais de saúde).

A visão de saúde e doença segundo esta perspetiva terá implicações no modo como vai ser feito o atendimento ao doente por parte do técnico de saúde. Assim, e numa perspetiva holística, além dos aspetos médicos tradicionais, torna-se fundamental reconhecer a importância da avaliação dos processos psicológicos que determinam as reações do indivíduo perante o processo de saúde/doença e a forma como determinadas variáveis, nomeadamente de natureza cognitiva, social e cultural, podem influenciar o modo como as pessoas se confrontam com determinado problema de saúde (Sarafino, 1998).

A saúde passa então a ser entendida com dimensões diferentes, algumas com carácter mais objetivo e outras com carácter mais subjetivo, e a avaliação deverá ser integrada, a fim de compreender a vivência individual num determinado momento. Ao incluir a noção de bem-estar implica a perceção pessoal, o que faz com que a única pessoa a responder pela própria saúde seja o próprio indivíduo (Ribeiro, 1994b; Downie, Tannahill & Tannahill, 1996).

O confronto com a doença crónica

Tanto as doenças agudas como as crónicas são suscetíveis de ameaçar o bem-estar e/ou causar a morte, no entanto, as primeiras são entidades diferentes sobretudo devido com à sua forma de início, ao curso e à vivência do doente. De

acordo com Ribeiro (1997) a expressão *doenças crônicas* abrange uma grande variedade de quadros que devem ser geridos em vez de curados, não se definindo pela sua aparente ou real gravidade, mas antes por serem doenças que não têm cura ou são de duração prolongada.

Em qualquer que seja a situação, a doença crônica abrange um vasto leque de potenciais interrupções de vida e, devendo ser entendida como um processo biológico que supõe uma alteração estrutural ou funcional, um processo psicológico que engloba sofrimento e dor, disrupção de planos de futuro, agressões da autoimagem e autoestima, com a consequente ocorrência de reações emocionais perturbadoras do processo social, porque presume, por vezes, invalidez. Emerge ainda como um tópico de considerável interesse a comorbilidade de perturbações mentais com condições de doença crônica.

Neste contexto, a gestão de doenças crônicas no sentido geral, e certas doenças em particular, assim como aspetos da vivência individual com elas relacionados apresentam-se como um tremendo desafio, quer para o doente, quer para os profissionais de saúde e têm vindo a tornar-se objeto de crescente interesse por parte dos investigadores em países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento (Kunzendorff, Scholl & Scholl, 1993; Thorne & Paterson, 2000).

Uma vez diagnosticada, a doença passa a fazer parte da vida do indivíduo, a impor regras, a alterar rotinas; e para uma completa avaliação dos benefícios de uma intervenção e vivência da mesma é essencial pôr em evidência o impacto que esta vai ter no paciente em termos de estado de saúde e qualidade de vida (Garratt, Schmidt, Mackintosh & Fitzpatrick, 2002).

A abordagem biopsicossocial ao indivíduo com doença crônica, que tem em conta todos estes aspetos envolventes, torna-se uma prioridade e um desafio para qualquer técnico de saúde. Assim é fundamental trabalhar novas estratégias terapêuticas que possam contribuir, quer para um adequado controlo da doença, quer para um prognóstico mais favorável.

Quando uma doença *séria* ocorre, as atividades de vida diária são, de algum modo, comprometidas; funcionando como uma situação desencadeante de *stress*, resulta em múltiplas exigências e o indivíduo necessita fazer algumas mudanças com a finalidade de se adaptar construtivamente às novas circunstâncias de vida. Para além de ter de se confrontar com os aspetos físicos da sua doença, tem de resolver e lidar com emoções e sentimentos negativos relacionados com a mesma, e frequentemente necessita de fazer adaptações pessoais e sociais de acordo com as mudanças exigidas pela evolução da própria doença.

O *stress* desencadeado pela presença de uma doença física exige uma adaptação biopsicossocial, tendo uns indivíduos maior dificuldade de adaptação do que outros.

As pessoas adaptam-se (ou não) à sua doença da mesma forma que se adaptam a outras fontes de *stress*, notando-se, na prática clínica, uma variabilidade de respostas a tratamentos, evolução e apresentação de sintomas perante situações de doença em tudo semelhantes. Confirma-se assim, a importância das variáveis psicossociais na peculiaridade da resposta à doença (Esteban, Mateo, Izquierdo & Munuera, 1995).

Neste sentido, Price (1996) salienta que a doença crônica é uma experiência vivida, uma realidade do próprio indivíduo. Assim sendo, o indivíduo constrói a sua experiência de doença, atribuindo especial importância aos aspetos emocionais e cognitivos, quer na interpretação da situação, quer na determinação de estratégias a adotar face à doença (Esteban *et al.*, 1995). Muitos doentes crónicos conseguem lidar com a situação e ter uma *vida saudável*, ao passo que outros não, uma vez que são incapazes de lidar com as perdas (Lyon, 2000).

A doença crônica como situação de tensão, que o indivíduo pode perceber como ameaçadora, conceptualizando-a a partir do modelo de análise processual do *stress*, como uma situação desencadeadora de *stress*, pode conduzir a repercussões variadas (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1991).

A ameaça das perdas decorrentes da doença fará com que o indivíduo tente controlar a situação. Assim pode assumir-se que, perante uma ameaça os indivíduos desenvolvem mecanismos de ação para moderar a situação com um objetivo final que é, em última instância, reduzir o mal-estar causado pela percepção de ameaça da mesma. Neste sentido, a adaptação à doença crônica é largamente dependente da avaliação que o indivíduo faz do agente desencadeante de *stress* e da efetividade das estratégias de *coping* utilizadas.

Quando se considera a doença como um estímulo gerador de *stress* e de acordo com a importância dada pelo modelo transacional ao aspeto da avaliação, salientam-se vários fatores que influenciam esta apreciação cognitiva, nomeadamente: Características sociodemográficas e pessoais (idade, género, estatuto socioeconómico, desenvolvimento cognitivo e emocional, autoestima, crenças, experiências prévias, entre outras); fatores relacionados com a própria doença (tipo e localização de sintomas, exigências do tratamento e mudanças exigidas pelo estilo de vida); aspetos ou características do ambiente físico e sociocultural (qualidade do aspeto envolvente, espaço pessoal disponível, grau de estimulação sensorial, ambiente, local de trabalho, suporte social da comunidade e normas e expectativas socioculturais) (Moos, 1982).

Esta conceptualização de *stress* é a mais congruente com o modelo biopsicossocial. O *stress* é visto como um processo dinâmico, envolvendo a pessoa e a situação objetiva, que dá origem ao estímulo inicial. Além disso, os aspetos-chave na determinação do *stress* são o modo como a pessoa percebe a situação e as estratégias de *coping* que possui. A percepção individual e as respostas de *coping* são dinâmicas e estão interligadas. O *coping* depende da avaliação, mas os resultados do mesmo poderão alterar a avaliação individual (Bishop, 1994).

De salientar que o conceito de *coping* como um esforço para lidar com o *stress* psicológico, que surge implicitamente neste modelo e envolve o lidar com a situação desencadeadora de *stress*, pode resultar em minimizar, evitar, tolerar, mudar ou aceitar uma determinada situação (Rice, 2000). Refere-se a atitudes e recursos, comportamentos que refletem o confronto com situações problemáticas para atingir o equilíbrio face à adversidade (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman & Moskowitz, 2004).

A severidade e natureza da doença parece não ter exclusividade na relação com o *coping* do paciente e o ajustamento à doença crônica, mas o processo de *coping* está fortemente afetado, quer por influências psicológicas, quer

por influências sociais. Torna-se, então, importante investigar a compreensão subjetiva da doença como um fator chave na direção das estratégias de *coping* e a interferência no ajustamento.

As estratégias de *coping* que vão ser utilizadas, terão um papel fundamental no bem-estar físico e psicológico de um indivíduo que se depara com um acontecimento de vida desencadeador de *stress*, pois vão determinar o modo como ele vai gerir a situação (Latack, 1986; Endler & Parker, 1990).

O processo de *coping* funciona como um mediador da resposta emocional à situação de *stress* (Holahan & Moos, 1987). Torna-se importante dar a devida atenção à narrativa biográfica e às emoções do doente, em vez de se focalizar exclusivamente na doença, excluindo a pessoa que sofre. Há então necessidade de recorrer a técnicas que permitam a avaliação de saúde, baseadas na autoperceção e nos conceitos de qualidade de vida (QV). Estas tornam-se cada vez mais importantes, quer nas práticas de saúde, quer na investigação (Ribeiro, 1994a; Lopez, Mejia & Espinar, 1996a; Lopez, Mejia & Espinar, 1996b).

Os métodos tradicionais de avaliação, focalizados em testes clínicos objetivos ou testes biológicos, oferecem importante informação acerca do processo patológico; contudo, é impossível separar a doença em si do ponto de vista pessoal e da perspetiva social. Só desta forma é possível usar as medidas de QV (Berlim & Fleck, 2003).

Doença crónica e Qualidade de Vida

A maior prevalência de doenças crónicas, para as quais não existe uma cura total e o objetivo do tratamento visa atenuar ou eliminar sintomas, evitar complicações e melhorar o bem-estar dos doentes, conduz à insuficiência das medidas clássicas de resultados em saúde (como as taxas de mortalidade e morbilidade) (Schwartzmann, 2003). São necessários métodos mais compreensivos de avaliação, que além de quantificar a presença ou gravidade dos sintomas de uma doença possam mostrar como as manifestações da mesma e o seu tratamento são experimentados pelo próprio doente (Lopez *et al*, 1996b; Berzon, 1998; Garratt, Schmidt, Mackintosh & Fitzpatrick, 2002).

Quando adequadamente medida, a QV tem sido usada para distinguir diferentes doentes ou grupos de doentes, predizendo resultados individuais e avaliando a efetividade de intervenções terapêuticas. Segundo Spilker (1990) são crescentes os campos de investigação de resultados, com a necessidade de avaliar a eficácia, custo-eficácia e benefícios de novas estratégias terapêuticas, para determinar se são justificadas, permitindo a avaliação da QV detetar a mudança na saúde física, funcional, mental e social com a finalidade de avaliar custos e benefícios humanos de novos programas de intervenção, tendo adicionalmente um potencial de uso na prática clínica diária, permitindo aos técnicos de saúde dar prioridade a problemas, comunicar melhor com os doentes, detetar potenciais adversidades e identificar preferências do doente (Berlim & Fleck, 2003).

Na área da saúde, o interesse pelo conceito de QV advém em parte da emergência dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do sector da saúde nas últimas décadas, em que a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados, tanto no que se refere às práticas assistenciais como no que se refere à promoção da saúde e prevenção da doença.

O conceito de QV é um conceito ambíguo e amplo que vai para além da condição física (Bowling, 1995; Lopez *et al*, 1996a), incluindo o funcionamento físico, psicológico e social e o estado de saúde percebido, assim como a satisfação global com a vida (Berlim & Fleck, 2003); e tal como outros conceitos com alguma carga de subjetividade, pode significar aspetos diferentes para pessoas diferentes, dependendo de fatores vários, nomeadamente culturais, sociais ou económicos.

Cramer (1994) define QV como bem-estar físico, mental e social completo e não apenas a ausência de doença ou incapacidade, definição que se sobrepõe à definição de saúde. Mas o conceito de QV, que se entrecruza com os conceitos de saúde e bem-estar, não é, contudo, para a maioria dos autores, equivalente, e o grupo para o estudo da QV que se constituiu no seio da OMS refere-se a esta como

“...individuals’ perception of their position in life in the contexto of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the persons’ physical health, psychological state, level of independence, social relationships and their relationship to salient features of their environment” (The WHOQOL Group, 1998, p.1570).

A ênfase desta definição põe-se, primeiro, na natureza subjetiva da QV, refere-se a uma avaliação subjetiva que está embutida num contexto cultural, social e ambiental (concebida como uma experiência interna influenciada pelo que se passa no ambiente, mas de certo modo *colorida* pelas experiências anteriores do indivíduo, estado mental, personalidade e expectativas) e, em segundo lugar, na necessidade de explorar todos esses aspetos da vida considerados como tendo um impacto na QV (Berlim & Fleck, 2003).

Enquanto não se chega a um consenso acerca do conceito, a maioria dos investigadores concordam então que QV é um conceito multidimensional, englobando aspetos de bem-estar psicológico, social e físico (Muldoon, Barger, Flory, & Manuck, 1998), que abarca aspetos da vida não só relacionados com a doença e tratamento, mas também com o desenvolvimento satisfatório das aspirações de todas as ordens (Lopez *et al*, 1996b). Para além do carácter multidimensional do conceito, existe ainda acordo acerca de que a avaliação da QV deve basear-se principalmente nas perceções e expectativas dos indivíduos, refletindo mais a avaliação subjetiva do bem-estar (Schipper, 1990; Muldoon *et al*, 1998). A essência deste conceito está em reconhecer que a perceção das pessoas sobre o seu estado de bem-estar físico, psíquico, social e espiritual depende em grande parte dos seus próprios valores e crenças, do seu contexto cultural e da história pessoal, não podendo por isso ser de modo algum independente das normas culturais, padrões de conduta e expectativas de cada um (Schwartzmann 2003).

Portanto, a avaliação da QV não deve ser encarada como um processo estático, mas como algo dependente do tempo, que sofre mudanças e reflete as experiências de vida (Lopez *et al*, 1996a).

Profissionais e doentes compreendem a experiência de doença a partir de mundos diferentes. O modelo explicativo dos profissionais foca-se essencialmente na etiologia, diagnóstico, patofisiologia e tratamento, enquanto o modelo explicativo dos doentes se foca mais nas consequências e influências na vida diária. A compreensão individual do doente acerca da sua doença é um importante complemento à tradicional visão da doença crónica por parte do profissional e deve ser considerada como uma importante e partilhada fonte de informação para o planeamento de cuidados significativos.

QV é, então, uma medida útil para a avaliação da gravidade de uma doença, da interferência que o seu tratamento tem sobre os hábitos de vida do doente e também acerca dos benefícios de intervenções em saúde, tornando-se a sua avaliação particularmente importante no acompanhamento de doentes crónicos.

De facto, tem vindo a observar-se um crescente interesse na avaliação da QV no indivíduo com doença crónica, uma vez que reflete uma mais profunda compreensão e apreciação do crucial papel dos fatores comportamentais e psicológicos na vida dos doentes, permite, não somente o quantificar da presença ou gravidade dos sintomas de uma doença, mas e, segundo Berzon (1998), também mostrar como as manifestações da doença e/ou do tratamento são experimentadas pelo próprio indivíduo.

O processo de assistir o indivíduo com uma doença crónica começa com a compreensão da cronicidade do ponto de vista do doente e a perceção do impacto que a doença tem no indivíduo, reconhecendo os fatores envolvidos no processo de adaptação.

A QV deve avaliar-se com uma metodologia diferente da utilizada na avaliação de fenómenos físicos e na prática os técnicos de saúde deverão considerar, para além das medidas exclusivamente objetivas, os aspetos referidos pelos próprios doentes, as suas queixas e sentimentos que se constroem em medidas subjetivas, que complementam as primeiras num acrescentar de informação.

Taylor (1999) salienta que são várias as razões para estudar a QV nos indivíduos com doença crónica: A documentação da forma exata como a doença afeta as atividades vocacional, social e pessoal, assim como as atividades gerais do dia-a-dia; as medidas de QV podem ajudar na determinação de problemas particulares que podem emergir em doentes com determinadas doenças, sendo uma informação útil na antecipação de intervenções; permitem avaliar o impacto de terapias desagradáveis e identificar alguns dos determinantes de pobre adesão a regimes terapêuticos; pode ser utilizada para comparar terapias; por fim, a informação da QV pode esclarecer os responsáveis das tomadas de decisão acerca dos cuidados que maximizam a probabilidade de sobrevivência a longo prazo com a maior QV possível.

Ao admitir o constructo de QV como multidimensional, Marin (1995) refere-se à necessidade de analisar pelo menos quatro domínios de QV no doente crónico: O *estado funcional*, referindo-se à capacidade de desempenhar uma série de atividades normais para a maioria das pessoas que incluem normalmente o autocuidado, a mobilidade e as atividades físicas, como andar ou subir escadas; *sintomas relacionados com a doença e com o tratamento*, que são variáveis que se relacionam com o tipo de doença e estágio da mesma, entre outros fatores; *funcionamento (ajuste ou adaptação) psicológico*, pois ainda que haja muitas diferenças, vários estudos têm demonstrado alterações psicopatológicas nestes doentes; *funcionamento (ajuste ou adaptação) social*, uma vez que o transtorno nas atividades sociais normais é bastante comum nos doentes crónicos, resultante de diversos fatores, nomeadamente devido a limitações impostas pela própria doença, alterações psicológicas e mesmo de papel, desencadeadas pela mesma e já abordadas. Deste modo, ao falar de QV do doente crónico, estaria a falar-se de qual é o seu estado funcional, em que medida se adapta à presença dos sintomas da doença, qual o seu nível de adaptação psicológica e qual o seu nível de adaptação social e laboral, tudo isso de acordo com a avaliação feita pelo próprio indivíduo.

Ainda segundo Marin (1995), e neste sentido, a QV do doente crónico depende do seu nível de adaptação à doença, ao tratamento e aos seus efeitos. Gerir os aspetos desencadeadores de *stress* da doença para conseguir estabelecer uma vida com a melhor qualidade possível é, assim, uma condição de *adaptação*.

Considerações Finais

Com a finalidade de melhorar o cuidado ao doente crónico, parece, então, necessário um novo paradigma na prestação de cuidados, em que o foco deve manter-se na pessoa como um todo, para além da sua condição, e em que os indivíduos se tornarão os seus próprios cuidadores com os profissionais de saúde a ter um papel de suporte.

Parece evidente que a prestação de cuidados que se focaliza excessivamente nas metas somáticas é imperfeita, e não pode mais ignorar-se o impacto afetivo e social da doença crónica naqueles que vivem diariamente com ela.

Parece não haver dúvida quanto à associação entre acontecimentos de vida desencadeadores de *stress*, como a existência de doença crónica e morbidade física e/ou psicológica, notando-se um crescente interesse quanto aos fatores que moderem essa relação, devendo atender-se a fatores psicossociais, pois podem ter um poderoso efeito na QV, amortecendo o impacto negativo da doença crónica ou suas exigências. De facto, os aspetos psicossociais podem ser dos mais poderosos preditores de QV, sendo frequentemente mais importantes que o efeito de fatores relacionados com a própria doença (Rubin, 2000).

A QV revela-se de extrema importância para o doente crónico e para os técnicos de saúde, quer porque de uma forma crescente é reconhecida como um importante resultado de saúde por si mesma e assim uma meta última das intervenções em saúde, quer porque a sua avaliação pode predizer a capacidade de um indivíduo para lidar com a sua doença e manter a saúde e bem-estar a longo prazo.

Prover informação e suporte para mudanças de comportamento, utilização de estratégias de *coping* adaptativas, atendimento a aspetos psicossociais e estabelecimento de objetivos são parte integrante de muitos programas de acompanhamento de doentes crónicos, situação que será facilitada se for compreendida a doença pelo ponto de vista do próprio doente.

Bibliografia

- Berlim, M. T. & Fleck, M. P.A.(2003). Quality of live: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 25 (4), 249-52.
- Berzon, R.A. (1998). Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies. In *Quality of life assesments in clinical trials. Methods and practice*. New York: Oxford University Press,3-15.
- Bishop, G.D. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Needham Heights: Allin and Bacon
- Bowling, A. (1995). *La medida de la salud: revision de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Masson.
- Cramer, J.(1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics*.12(1),1-13.
- Downie, R. S., Tannahill, C. & Tannahill, A. (1996). *Health promotion: models and values*. New York: Oxford University press.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assesment of coping: a critical evaluation. *Journal of personality and social psychology*. 58(5), 844-854.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 8, 129-136
- Esteban, B.L., Mateo, M.A.A., Izquierdo, M. G. & Munuera, J.N.(1995). Estrés y enfermedad In *Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud*. Madrid: Interamericana – McGraw-hill.
- Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review Psychology* .55,745-774.
- Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A. & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of live measurement: bibliografic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*. 321, 7351,1417.
- Holahan, C. & Moos, R.H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal Personality and Social Psychology*.52(5), 946-955.
- Kunzendorff, E., Scholl, U. & Scholl, M. (1993). Quality of life and coping in the comparison of various groups of chronic illness during inpatient rehabilitation. *Rehabilitation*. 32(3),177-84.
- Latack, J. C. (1986). Coping with job stress: measures and future directionsfor scale desenvolvment. *Journal of Applied Psicologia*.71(3),377-385.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1991). The concept of coping. In A. Monat, & R.S. Lazarus (Eds). *Stress and Coping*. New York: Columbia University Press, 189-205.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*, New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (2000). *Evolution of a model of stress, coping and discrete emotions In Handbook of stress, coping and health: Implications for nursing research, theory and practice*. [s. l.]: Virginia Hill Rice Editor, Sage Publications.
- Lopez , J.A.F., Mejia, R.H. & Espinar, A.C. (1996a). La calidad de vida un tema de investigacion necesario: concepto y metodo (I). *Medicina Integral*. 27(2), 75-78.
- Lopez , J.A.F., Mejia, R.H. & Espinar, A.C.(1996b). La calidad de vida un tema de investigacion necesario: validezy beneficios (II) *Medicina Integral*. 27(3), 116-121.
- Lyon, B.L. (2000). Stress, coping and health: a conceptual overview In *Handbook of stress, coping and health. Implications for nursing research, theory and practice*._California: Sage Publications, 3-23.
- Marin, J. R. (1995). *Psicologia social de la salud* Madrid: Editorial Síntesis, S. A.
- Moos, R. H. (1982). Coping with health crises. In *Handbook of clinical health psychology*. New York: Ed. Theodore Millon, 129-151.
- Muldoon, M. F., Barger, S. D., Flory, J. D. & Manuck, S. B. (1998). What are quality of live measurements measureing?. *British Medical Journal*. 316, 542-547.
- Price, B. (1996). Inness carers: the chronic illness experience. *Journal of Advanced Nursing*, 275-279.
- Ribeiro, J.L.P. (1997). A promoção da saúde e da Qualidade de Vida em pessoas com doenças crônicas In J. L. P. Ribeiro (Ed) *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Braga: Instituto de Psicologia Aplicada, 253-282.
- Ribeiro, J.P.L. (1994a). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise psicológica*.XII (2-3),179-191.
- Ribeiro, J.P.L. (1994b). Psicologia da saúde, saúde e doença. In *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras*. Braga: [s.n.], 33-55.
- Rice, V. H. (2000). Theories of stress and relationship to health. In *Handbook of stress, coping and health: implications for nursing research, theory and practice*. [s.l.]: Sage Publications, 27-45.
- Rubin, R. R. (2000). Diabetes and quality of live. *Diabetes spectrum*.13(1), 21-23.
- Sarafino, E. P. (1998). *Health psychology: biopsychological interactions*. 3ª Ed. [s. l.]: Jonh Wiley & Sons Inc.
- Schipper, H. & Chinch, J. & Powell, V. (1990). Definitions and conceptual issues. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life assesments in clinical trials*. New York: Raven Press, 11-24.
- Schwartzmann, L. (2003) Calidad de vida Relacionada com la salud: aspectos conceptuales. *Ciência y enfermaria*. 9(2), 09-21
- Spilker, B. (1990). Introduction In B. Spilker (Ed). *Quality of Life assesments in clinical trials*. New York: Raven Press, 3-9.
- Taylor, S. E. (1999). *Health Psycology*. 4ª Ed. [s.l.]: McGraw-hill International Editions

Promoção da Saúde: da investigação à prática

Thorne, S.E. & Paterson, B. L. (2000). Two decades of insider research: what we know and don't know about chronic illness experience. *Annual review Nursing Research*.18,3-25.

THE WHOQOL GROUP (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*. 46,1569-1585.

Capítulo 2

Atividade Física e Lazer

Atividade física na definição dos estilos de vida saudáveis: Realidade, avaliação e recomendações

Luís P. Rodrigues^{1,2}

¹Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Desporto e Lazer

²CIDESD, Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano

Pode parecer estranha a relevância que a Atividade Física (AF), ou a falta dela, tem assumido nas últimas décadas. Do ponto de vista da evolução da espécie humana, o nosso património genético foi moldado ao longo de milhares de anos de forma a estarmos aptos a sobrevivermos num mundo em que o movimento era crucial à sobrevivência. Embora se fale repetidamente do aumento do sedentarismo, conviria lembrar que foi já no Neolítico, com o advento da agricultura, a domesticação de animais e o início da utilização de ferramentas de metal que o Homem efetivamente se sedentarizou. Não há notícia que então (como ainda há poucos anos atrás) fosse sentida a necessidade de complementar a sua atividade diária com qualquer tipo de movimento, esforço, ou atividade extra, necessária para a manutenção dos níveis de saúde. Parece pois que o conceito de indivíduo sedentário (tal como hoje é utilizado) se deveria passar a denominar de inativo, com vantagem para a compreensão e descrição mais exata do fenómeno.

Vejamos então! O conceito atual de AF adotado pela OMS é a de qualquer esforço ou atividade que gaste energia acima do metabolismo de repouso (1 MET). Concorde-se ou não com esta definição, ela encerra um conceito de intensidade de que certamente os nossos antepassados dariam gargalhadas. AF até ao final do segundo terço do século passado significava decerto a necessidade de produção de um gasto energético substantivo, de um esforço importante. Tudo abaixo disto seria certamente apenas interpretado como a normalidade do dia-a-dia. Infelizmente é disso que hoje em dia nos vemos obrigados a tratar em alguns pontos deste nosso planeta: A inexistência sequer de qualquer exigência energética, movimento, esforço, atividade no dia-a-dia de muitas pessoas, com as consequências evidentes para a saúde dos indivíduos. Os indicadores epidemiológicos demonstram-nos isso mesmo. O aumento do *conforto* da tecnologia, da *civilização*, redundam numa diminuição típica do envolvimento em momentos de atividade e num estilo de vida diário completamente inativo. Os malefícios da inatividade estão bem patentes na perda de aptidão morfológica e no aumento da obesidade; no aparecimento cada vez mais precoce de distúrbios metabólicos (e.g. síndrome metabólica), e das doenças coronárias, etc. Por isso mesmo, a AF tem sido descrita como um dos mediadores (senão o mediador) mais importante na determinação epidemiológica da saúde das populações (Blair & Church, 2004), e esta atenção originou uma preocupação especial no estudo, caracterização e aconselhamento dos episódios de AF das sociedades modernas, particularmente nas faixas etárias mais novas onde a modelação dos comportamentos pode pressupor a criação de hábitos para a vida.

A amplitude dos benefícios da prática de AF é exaustiva e cientificamente comprovada. Reduz o risco de morte prematura geral e o de morte por doença cardíaca. Reduz o risco de diabetes. Ajuda a minimizar a hipertensão e reduz o risco associado a esta condição. Atenua o risco de aparecimento do cancro do cólon. Ajuda a controlar o peso e a obesidade. Ajuda a construir e manter ossos, músculos e articulações saudáveis. Diminui os sentimentos de ansiedade e depressão. Ajuda os idosos a ficarem mais aptos e a evitarem quedas. Promove o bem-estar físico e psicológico em geral (WHO, 2006).

A AF parece até ser protetora dos efeitos muito nocivos da obesidade. De facto, na análise epidemiológica do NHANES I que seguiu 14 407 indivíduos norte-americanos entre os anos 1971 a 1992, verificou-se que indivíduos obesos, mas com níveis de atividade física mais elevados, demonstraram menor índice de mortalidade associado a doenças cardiovasculares do que sujeitos com peso normal mas inativos (Fang, Wylie-Rosett, Cohen, Kaplan, & Alderman, 2003).

Mas como podemos então classificar a AF? Devido às suas consequências particulares, distinguimos a AF como sendo de intensidade baixa (até 3 METs), moderada (3-6 METs), ou vigorosa (mais de 6 METs). E devido a essas mesmas consequências distinguimos ainda a atividade física na sua relação com a Saúde ou com a Aptidão Física e Morfológica. A quantidade e a qualidade de exercício necessário para alcançar benefícios relacionados com a saúde pode ser distinto daquele que se recomenda para a melhoria da aptidão física dos indivíduos ou para a modificação da sua morfologia. Diferenciamos por isso claramente a AF relacionada com a Saúde daquela que é realizada no exercício ou treino. Estes últimos reconhecem-se pela sua maior intensidade, duração (volume), e frequência (diária, semanal) da AF, realizada com objetivos específicos de potenciação das capacidades condicionais (aptidão física), e da modificação das estruturas morfo-funcionais (aptidão morfológica).

Quando tratamos de AF relacionada com o estado de saúde importa perceber que apenas pelo somatório de episódios diários de baixa intensidade e curta duração (até dez minutos) podemos comprovadamente reduzir o risco de

certas doenças crónico-degenerativas e melhorar a condição metabólica. Estes ganhos de saúde são de grande significado epidemiológico e populacional, ainda que esta AF possa ser insuficiente (tanto em termos qualitativos como quantitativos), para provocar melhorias na condição física ou modificações na morfologia dos sujeitos.

Este conceito da AF associada à saúde e que postula ser possível acumular exercício ao longo do dia, veio realçar a importância dos estilos de vida, mas veio também tornar mais difícil a sua avaliação rigorosa. A observação direta (eventualmente filmada) foi o primeiro sistema utilizado para categorizar os comportamentos dos indivíduos em atividade. Apesar das dificuldades óbvias na organização deste tipo de avaliação ela tem a vantagem inestimável de proporcionar informação contextualizada sobre os sujeitos e as características da atividade realizada.

A calorimetria direta (que permite medir a energia despendida através da produção de calor), é considerada a primeira metodologia padrão para avaliação da AF, a partir da qual todas as outras foram validadas. Hoje em dia, o método direto mais utilizado compreende testes laboratoriais do dispêndio energético diário através da água duplamente marcada (*double labeled water*), um processo caro mas de exatidão comprovada.

A monitorização da frequência cardíaca (tornada acessível e conhecida através dos cardio-frequencímetros Polar); a utilização de pedómetros para medição do número de passos diários, ou o recurso a sensores de movimento bi ou tri-axiais (acelerómetros), são alguns dos instrumentos hoje muito utilizados e que permitem acompanhar os indivíduos ao longo de quase todas as tarefas diárias. É já também usual a combinação destes elementos, permitindo assim melhor integrar a intensidade (frequência cardíaca) com a deslocação corporal dos indivíduos.

A utilização de questionários, largamente difundida em estudos de grande dimensão, aporta consigo a facilidade da generalização populacional e os baixos custos envolvidos, mas em contrapartida, proporciona informação pouco precisa e de difícil interpretação. O uso de diários, onde o sujeito auto-reporta os acontecimentos vividos ao longo do dia, constituem outra alternativa às metodologias de avaliação da AF, e neste caso são até um auxiliar indispensável à interpretação do estilo de vida (ver bibliografia relativa a *Time Use*). Estão ainda em fase de desenvolvimento as tecnologias associadas aos sistemas GPS, que poderão talvez suprir alguns dos problemas que as outras tecnologias de monitorização ainda não conseguiram resolver, integrando a localização como elemento caracterizador da atividade física.

Os progressos tecnológicos destas formas de avaliação da AF têm facilitado a investigação e o diagnóstico da situação, bem como ajudado a responder à pergunta original *qual a quantidade de atividade física necessária para que cada um de nós possa manter níveis desejados de saúde?* Segundo as recomendações atuais, emitidas pelos organismos internacionais (e.g. Marcus et al., 2006; Strong et al., 2005; Council on Sports Medicine and Fitness and Council on School Health, 2006; Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2008) essa quantidade, sua frequência, intensidade, e especificidade, varia segundo a idade e o género, mas também com as características da população (hábitos de saúde, cultura, condições crónicas, etc.) a que se destina. Apenas como ilustração, as mais recentes recomendações gerais dirigidas ao público norte-americano (<http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/summary.aspx>) sugerem que para alcançar benefícios sustentados de saúde:

- Crianças devem manter pelo menos 60 minutos de atividade física diária. Essa atividade deve ser (no mínimo) de intensidade moderada e incluir atividades vigorosas (aeróbicas) e atividades de força pelo menos em três dias da semana. Devem ainda ser realizadas atividades que permitam estimular a produção de massa óssea (anti-gravíticas) pelo menos três vezes por semana.

- Adultos devem envolver-se pelo menos em duas horas e 30 minutos (150 minutos) de atividades de intensidade moderada (i.e. andar rápido) por semana, ou uma hora e 15 (75 minutos) de uma combinação de atividades aeróbicas vigorosas e moderadas. Esta atividade deve ser realizada em episódios de pelo menos 10 minutos cada e preferencialmente dividida ao longo da semana. Para obter efeitos adicionais e mais extensos na sua saúde, os adultos devem aumentar a sua atividade física aeróbica moderada para 300 minutos (cinco horas) por semana, ou em alternativa para 150 minutos de atividade mais vigorosa. Maiores benefícios podem ser alcançados se estes tempos forem ultrapassados. Os adultos devem ainda realizar exercícios (de intensidade moderada ou intensa) de força muscular envolvendo todos os principais grupos musculares pelo menos duas vezes por semana.

- Adultos idosos, quando não estão aptos (problemas crónicos) a realizar 150 minutos de atividades aeróbicas de intensidade moderada, devem conservar-se tão ativos quanto as suas capacidades o permitirem. Devem realizar exercícios que melhorem ou mantenham a capacidade de equilíbrio, principalmente se correrem risco de queda. Devem avaliar a intensidade do seu esforço na atividade física segundo o seu próprio nível de aptidão física. Os que apresentem condições crónicas devem perceber como e quando essas condições afetam a possibilidade de se envolverem de forma segura em atividade física regular.

Curiosamente (ou não), estes valores recomendados têm demonstrado um ajustamento sistemático ao decréscimo do tempo e intensidade da atividade física habitual ao longo dos anos, resultado da crescente sedentarização dos modos de vida ocidentalizados. Por isso, a tendência observada vai no sentido de que o tempo (volume) e a intensidade de AF recomendada aumentem de recomendação para recomendação.

Em Portugal, e à data, não se conhecem iniciativas claras, institucionais, e direccionadas à população, de estabelecer recomendações e/ou objectivos específicos a alcançar neste domínio. Este assunto (AF) é apenas levemente abordado nos documentos existentes no sítio da Direcção Geral da Saúde; as estatísticas oficiais são inexistentes; a coordenação e supervisão nacional desta área têm sido distribuídas sem grande êxito (aparente) pela Secretaria de Estado do Desporto, DGS, e Ministério da Educação. Não foram as iniciativas de investigação e promoção relacionadas com as instituições de ensino superior nas áreas de Educação Física, Desporto e Ciências da Saúde, e o nosso conhecimento sobre a realidade portuguesa seria provavelmente nulo. A este propósito destacam-se necessariamente a participação da equipa da Faculdade de Motricidade Humana de Lisboa liderada por Margarida Gaspar de Matos no projecto da OMS *Health Behavior in School age Children* (ver www.aventurasocial.com); o extenso enfoque nacional e longitudinal do grupo de

investigação de José Maia e colaboradores (FaDe / UP); e todo o conhecimento produzido pelo CIAFEL, centro de investigação da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, coordenado por Jorge Mota (ver <http://ciafel.fade.up.pt/ciafel.php>).

Recentemente deu à estampa a publicação do Livro Verde da Atividade Física, como um dos resultados do **Observatório Nacional da Atividade Física** e do Desporto, levado a cabo pelo Instituto de Desporto de Portugal, com a colaboração de diversas universidades, e que pode ser encontrado em:

http://observatorio.idesporto.pt/Multimedia/Livros/Actividade/LVerdeActividadeFisica_GERAL.pdf

Esperemos que esta primeira iniciativa sistemática de registo e observação institucional da atividade física da população portuguesa possa ter a continuidade desejada nos próximos tempos.

Bibliografia

- Blair, S., & Church, T. (2004). The fitness, obesity, and health equation. Is physical activity the common denominator? *Journal American Medical Association*, 292 (8), 1232-1234.
- Council on Sports Medicine and Fitness and Council on School Health (2006). Active Healthy Living: prevention of childhood obesity through increased physical activity. *Pediatrics*, 117, 1834-1842.
- Fang, J., Wylie-Rosett, J., Cohen, H., Kaplan, R., & Alderman, M. (2003). Exercise, body mass index, caloric intake, and cardiovascular mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 25 (4), 283-289.
- Marcus, B., Williams, D., Dubbert, P., Sallis, J., King, A., Yancey, A., et al. (2006). Physical Activity Intervention Studies: What We Know and What We Need to Know: A Scientific Statement From the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity); Council on Cardiovascular Disease in the Young; and the Interdisciplinary Working Group on Quality of Care and Outcomes Research. *Circulation* 114, 2739-2752.
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee (2008). *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Strong, W., Malina, R., Bumke, C., Daniels, S., Dishman, R., et al. (2005). Evidence Based Physical Activity for School-Age Youth. *Journal Pediatric*, 732-737.
- WHO (2006). *Atividade Física e Saúde na Europa: evidências para a ação*. Porto: Centro de Investigação em Atividade Física e Lazer, FADE-UP.

Atividade física na terceira idade

Pedro Bezerra^{1,2}

¹Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Desporto e Lazer

²CIDESD, Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano

A esperança média de vida para homens e mulheres em países industrializados tem-se aproximado rapidamente dos 80 anos, a esperança média de vida saudável (ajustada à doença – DALE *disability-adjusted life expectancy*) encontra-se entre os 70 e 74,5 anos (WHO, 2007). Na Austrália, a população com idade entre 45 e 64 anos de idade representava em 2006, 24,5% do total da população, enquanto o segmento com 65 ou mais anos aumentou de 12,6% para 13,1% do total da população entre 2001 e 2006 (Australian Government - Department of Health and Ageing, 2006).

O envelhecimento é frequentemente acompanhado pela diminuição das capacidades fisiológicas fundamentais para a manutenção da independência funcional que estão associadas ao aumento do risco de queda (Barnett, Smith, Lord, Williams, & Baumand, 2003; Choi, Moon, & Song, 2005; Choy, Brauer, & Nitz, 2003; Izquierdo, Aguado, Gonzalez, Lopez, & Hakkinen, 1999; M. B. King, Judge, & Wolfson, 1994; Wolfson, Whipple, Derby, Amerman, & Nashner, 1994). De acordo com o *Australian Institute of Health and Welfare* em 1999/2000: A percentagem de episódios de queda com lesão que levaram à hospitalização em indivíduos com 65 ou mais anos foi de 2,3% e nos indivíduos do escalão etário 90-94 aumentou exponencialmente para 9,6%. O custo com os tratamentos destes episódios foi estimado em mais de 566 milhões de dólares australianos por ano, não incluindo o tratamento pós-hospitalar e outros custos indiretos decorrentes da queda (Bradley & Harrison, 2007).

O envelhecimento está associado não só à perda da força máxima e da força explosiva (Hakkinen et al., 1998; Izquierdo, et al., 1999; Lanza, Towse, Caldwell, Wigmore, & Kent-Braun, 2003; Ng & Kent-Braun, 1999), mas também ao decréscimo da capacidade de controlar a força e a postura (Baloh et al., 1994; Burnett, Laidlaw, & Enoka, 2000; Enoka, Burnett, Graves, Kornatz, & Laidlaw, 1999; Era & Heikkinen, 1985; Hasselkus & Shambes, 1975; Laidlaw, Bilodeau, & Enoka, 2000; Laughton et al., 2003).

O declínio da força muscular relacionado com o envelhecimento pode ser devido a fatores morfológicos e/ou neurais. Em relação aos fatores morfológicos, a redução em número e tamanho das fibras musculares e a diminuição da percentagem de fibras tipo II tem sido apontada como a principal causa da perda de força (Aagaard, Simonsen, Andersen, Magnusson, & Dyhre-Poulsen, 2002; Enoka, 1997; Hakkinen, et al., 1998). Já em relação aos fatores neurais, o envelhecimento parece levar à diminuição da capacidade de recrutamento de unidades motoras, ao decréscimo da frequência de ativação dessas mesmas unidades e ao declínio da coordenação agonistas/antagonistas e dos reflexos inibidores (Doherty, Vandervoort, & Brown, 1993; Enoka, 1997; Erim, Beg, Burke, & de Luca, 1999; Laidlaw, et al., 2000). A investigação em populações idosas tem mostrado que a perda de força muscular pode ser parcialmente contrariada com o exercício e atividade física. Com efeito, vários estudos têm encontrado significativos aumentos de força muscular em idosos, após a aplicação de um programa treino (Fiatarone et al., 1994; Hortobagyi, Tunnel, Moody, Beam, & DeVita, 2001; Reeves, Narici, & Maganaris, 2004; Schlicht, Camaione, & Owen, 2001). Muitos desses estudos recorreram aos métodos tradicionais de treino em ginásios e centros de reabilitação. Contudo, outros estudos indicam que ginásios e centros de recuperação podem ser barreiras psicológicas e económicas que inibem o idoso de participar de forma regular em programas de treino e atividade física (Jette et al., 1996; A. C. King et al., 1992; Nelson et al., 2004). Para ultrapassar este problema, certas metodologias tais como exercício em casa (EC), electroestimulação com (ESV) e sem (ES) contração muscular voluntária podem ser alternativas a considerar.

O EC tem sido um método de treino alternativo válido porque permite ao indivíduo exercitar em privado, num horário da sua conveniência e num ambiente familiar (Jette, et al., 1996). A ES induz uma contração muscular pela aplicação externa de um estímulo elétrico na placa motora que inerva os feixes de fibras musculares. Esta metodologia é eficaz na ativação das fibras musculares atuando preferencialmente sobre as fibras que normalmente só são ativadas em contrações voluntárias de alta intensidade, mas pode também causar alguma dor e desconforto (Cabric & Appell, 1987; Caggiano, Emrey, Shirley, & Craik, 1994; Lyons, Robb, Irrgang, & Fitzgerald, 2005; Trimble & Enoka, 1991). Neste último aspeto, a ESV parece ter alguma vantagem dado que promove maiores intensidades de estimulação, recruta maior número de fibras e causa menor sensação de dor ou desconforto que a ES (Paillard et al., 2005; Selkowitz, 1985). Quer a ES quer a ESV, enquanto métodos de treino, podem ser auto-implementados sem o *stress* psicológico do exercício supervisionado atrás referido (Harris, LeMaitre, Mackenzie, Fox, & Denvir, 2003; Nelson, et al., 2004). Existem estudos relatando efeitos positivos quer do EC (Jette, et al., 1996) quer do ES e ESV (Caggiano, et al., 1994; Paillard, Lafont, et al., 2005; Paillard, Noe, Passelergue, & Dupui, 2005) em várias populações de idosos. Os resultados da metodologia ESV parecem ser similares (Caggiano, et al., 1994) ou melhores (Paillard, Noe, et al., 2005) que os programas tradicionais de treino de força.

O controlo postural envolve a integração de informação sensorial proveniente dos recetores vestibular, visual e táctil-proprioceptivo, e um apropriado controlo neuromuscular (Lord, Clark, & Webster, 1991a, 1991b; Wolfson, et al., 1994). A degeneração dos sistemas sensorial, nervoso e muscular associados ao envelhecimento levam o idoso a alterar a estratégia de controlo de postura. O idoso, para controlar a postura, tende a adotar a chamada “hip strategy” (estratégia da anca), enquanto o jovem adulto usa preferencialmente a “ankle strategy” (estratégia do tornozelo, baseada na teoria do pêndulo invertido) (Amiridis, Arabatzi, Violaris, Stavropoulos, & Hatzitaki, 2005; Nashner, Shupert, Horak, & Black, 1989). A “ankle strategy” controla o movimento do corpo a partir da articulação do tornozelo (pêndulo invertido) para ajustar o centro de gravidade do corpo dentro da área de estabilidade. A “hip strategy” controla o movimento do corpo a partir da anca deslocando esta articulação e a do tornozelo em direções opostas (Nashner, et al., 1989). A “hip strategy” implica um aumento da atividade muscular quer nos agonistas quer nos antagonistas ao longo do membro inferior (Collins, De Luca, Burrows, & Lipsitz, 1995). Na “ankle strategy” os músculos flexores do joelho, o tibial anterior e os gastrocnemios, parecem ser os músculos mais importantes no controlo postural. Na “hip strategy” essa função parecer ser atribuída principalmente aos flexores e extensores do joelho e glúteos (Collins, et al., 1995; Grasso, Zago, & Lacquaniti, 2000; Hirschfeld & Forsberg, 1991; Kuo & Zajac, 1993; Laughton, et al., 2003; Runge, Shupert, Horak, & Zajac, 1999; Willson, Ireland, & Davis, 2006). Ambas as estratégias requerem a participação dos músculos flexores do joelho.

Os músculos extensores e flexores do joelho têm uma influência direta na estabilidade das articulações da anca e do joelho durante as rotinas diárias. Relativamente à articulação do joelho, tem sido sugerido que a função dos músculos flexores do mesmo é auxiliar o ligamento cruzado anterior a prevenir a hiperextensão e a estabilizar esta articulação ao longo de todo o movimento. A relação entre a máxima força dos flexores do joelho e a máxima força dos extensores deste, avaliada como flexores/extensores (HQR), é um parâmetro muito usado na avaliação funcional do joelho (Aagaard, Simonsen, Magnusson, Larsson, & Dyhre-Poulsen, 1998). Um baixo HQR pode indicar um desequilíbrio ao nível do joelho e tornar o indivíduo vulnerável a lesões (Gerodimos et al., 2003). A falta de estabilidade no joelho pode eventualmente comprometer a independência funcional e postural no indivíduo.

O idoso é menos capaz de controlar a força (steadiness – ST) que o jovem adulto (Burnett, et al., 2000; Laidlaw, et al., 2000; Tracy & Enoka, 2002). A ST parece não ser afetada pelo género quer em jovens adultos quer em idosos (Burnett, et al., 2000). O efeito da idade na ST parece ser específica para cada grupo muscular, sendo maior nos membros superiores que nos membros inferiores (Christou, Zelent, & Carlton, 2003; Tracy, Mehoudar, & Ortega, 2007). Em relação ao membro inferior, jovens adultos e idosos mostram uma ST muito similar em contrações concêntricas e excêntricas dos músculos extensores do joelho. Contudo, em contrações isométricas a flutuação de força dos extensores do joelho é mais pronunciada nos idosos, especialmente quando o nível de força solicitado é baixo (Christou & Carlton, 2002; Enoka, et al., 1999; Laidlaw, et al., 2000; Tracy & Enoka, 2002). Tais diferenças, confirmadas pelas alterações da atividade electromiográfica (EMG), estão associadas ao declínio do número de unidades motoras, com a idade e, conseqüentemente à maior contribuição da cada unidade motora para a produção de força (Burnett, et al., 2000; Laidlaw, et al., 2000). O aumento da flutuação de força com a idade pode ter impacto negativo na execução de tarefas diárias como o levantar de uma cadeira (Hortobagyi & DeVita, 1999; Manini, Clark, Tracy, Burke, & Ploutz-Snyder, 2005; Tracy, Maluf, Stephenson, Hunter, & Enoka, 2005).

Estudos envolvendo programas de treino para melhorar a ST do membro inferior não têm obtido resultados consistentes em relação à redução da flutuação de força em contração concêntrica e excêntrica e não têm obtido melhorias em regime de contração isométrica (Manini, et al., 2005; Tracy, Byrnes, & Enoka, 2004; Tracy & Enoka, 2006).

Bibliografia

- Aagaard, P., Simonsen, E. B., Andersen, J. L., Magnusson, P., & Dyhre-Poulsen, P. (2002). Increased rate of force development and neural drive of human skeletal muscle following resistance training. *Journal of Applied Physiology*, 93(4), 1318-1326.
- Aagaard, P., Simonsen, E. B., Magnusson, S. P., Larsson, B., & Dyhre-Poulsen, P. (1998). A new concept for isokinetic hamstring: quadriceps muscle strength ratio. *American Journal of Sports Medicine*, 26(2), 231-237.
- Amiridis, I. G., Arabatzi, F., Violaris, P., Stavropoulos, E., & Hatzitaki, V. (2005). Static balance improvement in elderly after dorsiflexors electrostimulation training. *European Journal of Applied Physiology*, 94(4), 424-433.
- Australian Government, Department of Health and Ageing. (2006). *Australian Health & Ageing System: the concise factbook*. from <http://trove.nla.gov.au/version/45695198>.
- Baloh, R. W., Fife, T. D., Zwerling, L., Socotch, T., Jacobson, K., Bell, T., et al. (1994). Comparison of static and dynamic posturography in young and older normal people [abstract]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(4), 405-412.
- Barnett, A., Smith, B., Lord, S. R., Williams, M., & Baumand, A. (2003). Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: a randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 32(4), 407-414.
- Bradley, C., & Harrison, J. E. (2007). *Hospitalisations due to falls in older people, Australia, 2003 - 04*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
- Burnett, R. A., Laidlaw, D. H., & Enoka, R. M. (2000). Coactivation of the antagonist muscle does not covary with steadiness in old adults. *Journal of Applied Physiology*, 89(1), 61-71.
- Cabric, M., & Appell, H. J. (1987). Effect of electrical stimulation of high and low frequency on maximum isometric force and some morphological characteristics in men. *International Journal of Sports Medicine*, 8(4), 256-260.

- Caggiano, E., Emrey, T., Shirley, S., & Craik, R. L. (1994). Effects of electrical stimulation or voluntary contraction for strengthening the quadriceps femoris muscles in an aged male population. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 20(1), 22-28.
- Choi, J. H., Moon, J.-S., & Song, R. (2005). Effects of Sun-style Tai Chi exercise on physical fitness and fall prevention in fall-prone older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 51(2), 150-157.
- Choy, N. L., Brauer, S., & Nitz, J. (2003). Changes in postural stability in women aged 20 to 80 years. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences & Medical Sciences*, 58(6), 525-530.
- Christou, E. A., & Carlton, L. G. (2002). Age and contraction type influence motor output variability in rapid discrete tasks. *Journal of Applied Physiology*, 93(2), 489-498.
- Christou, E. A., Zelent, M., & Carlton, L. G. (2003). Force control is greater in the upper compared with the lower extremity. *Journal of Motor Behavior*, 35(4), 322-324.
- Collins, J. J., De Luca, C. J., Burrows, A., & Lipsitz, L. A. (1995). Age-related changes in open-loop and closed-loop postural control mechanisms. *Experimental Brain Research*, 104(3), 480-492.
- Doherty, T. J., Vandervoort, A. A., & Brown, W. F. (1993). Effects of ageing on the motor unit: a brief review. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 18(4), 331-358.
- Enoka, R. M. (1997). Neural strategies in the control of muscle force. *Muscle & Nerve Supplement*, 5, S66-69.
- Enoka, R. M., Burnett, R. A., Graves, A. E., Kornatz, K. W., & Laidlaw, D. H. (1999). Task- and age-dependent variations in steadiness. *Progress in Brain Research*, 123, 389-395.
- Era, P., & Heikkinen, E. (1985). Postural sway during standing and unexpected disturbance of balance in random samples of men of different ages [abstract]. *Journal of Gerontology*, 40(3), 287-295.
- Erim, Z., Beg, M. F., Burke, D. T., & de Luca, C. J. (1999). Effects of aging on motor-unit control properties. *Journal of Neurophysiology*, 82(5), 2081-2091.
- Fiatarone, M. A., O'Neill, E. F., Ryan, N. D., Clements, K. M., Solares, G. R., Nelson, M. E., et al. (1994). Exercise Training and Nutritional Supplementation for Physical Frailty in Very Elderly People. *New England Journal of Medicine*, 330 (25), 1769-1775.
- Gerodimos, V., Mandou, V., Zafeiridis, A., Ioakimidis, P., Stavropoulos, N., & Kellis, S. (2003). Isokinetic peak torque and hamstring/quadriceps ratios in young basketball players. Effects of age, velocity, and contraction mode. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 43(4), 444-452.
- Grasso, R., Zago, M., & Lacquaniti, F. (2000). Interactions between posture and locomotion: motor patterns in humans walking with bent posture versus erect posture. *Journal of Neurophysiology*, 83(1), 288-300.
- Hakkinen, K., Newton, R. U., Gordon, S. E., McCormick, M., Volek, J. S., Nindl, B. C., et al. (1998). Changes in muscle morphology, electromyographic activity, and force production characteristics during progressive strength training in young and older men. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences & Medical Sciences*, 53(6), 415-423.
- Harris, S., LeMaitre, J. P., Mackenzie, G., Fox, K. A. A., & Denvir, M. A. (2003). A randomised study of home-based electrical stimulation of the legs and conventional bicycle exercise training for patients with chronic heart failure. *European Heart Journal*, 24(9), 871-878.
- Hasselkus, B. R., & Shambes, G. M. (1975). Aging and postural sway in women [abstract]. *Journal of Gerontology*, 30(6), 661-667.
- Hirschfeld, H., & Forssberg, H. (1991). Phase-dependent modulations of anticipatory postural activity during human locomotion. *Journal of Neurophysiology*, 66(1), 12-19.
- Hortobagyi, T., & DeVita, P. (1999). Altered movement strategy increases lower extremity stiffness during stepping down in the aged. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences & Medical Sciences*, 54(2), B63-70.
- Hortobagyi, T., Tunnel, D., Moody, J., Beam, S., & DeVita, P. (2001). Low- or high-intensity strength training partially restores impaired quadriceps force accuracy and steadiness in aged adults. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 56(1), 38-47.
- Izquierdo, M., Aguado, X., Gonzalez, R., Lopez, J. L., & Hakkinen, K. (1999). Maximal and explosive force production capacity and balance performance in men of different ages. *European Journal of Applied Physiology & Occupational Physiology*, 79(3), 260-267.
- Jette, A. M., Harris, B. A., Sleeper, L., Lachman, M. E., Heislein, D., Giorgetti, M., et al. (1996). A home-based exercise program for nondisabled older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(6), 644-649.
- King, A. C., Blair, S. N., Bild, D. E., Dishman, R. K., Dubbert, P. M., Marcus, B. H., et al. (1992). Determinants of physical activity and interventions in adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 24(6 Suppl), S221-236.
- King, M. B., Judge, J. O., & Wolfson, L. (1994). Functional base of support decreases with age. *Journal of Gerontology*, 49(6), 258-263.
- Kuo, A. D., & Zajac, F. E. (1993). A biomechanical analysis of muscle strength as a limiting factor in standing posture. *Journal of Biomechanics*, 26 Suppl 1, 137-150.
- Laidlaw, D. H., Bilodeau, M., & Enoka, R. M. (2000). Steadiness is reduced and motor unit discharge is more variable in old adults. *Muscle & Nerve*, 23(4), 600-612.
- Lanza, I. R., Towse, T. F., Caldwell, G. E., Wigmore, D. M., & Kent-Braun, J. A. (2003). Effects of age on human muscle torque, velocity, and power in two muscle groups. *Journal of Applied Physiology*, 95(6), 2361-2369.
- Laughton, C. A., Slavin, M., Katdare, K., Nolan, L., Bean, J. F., Kerrigan, D. C., et al. (2003). Aging, muscle activity, and balance control: physiologic changes associated with balance impairment. *Gait & Posture*, 18(2), 101-108.
- Lord, S. R., Clark, R. D., & Webster, I. W. (1991a). Postural stability and associated physiological factors in a population of aged persons. *Journal of Gerontology*, 46(3), 69-76.

- Lord, S. R., Clark, R. D., & Webster, I. W. (1991b). Visual acuity and contrast sensitivity in relation to falls in an elderly population. *Age and Ageing*, 20(3), 175-181.
- Lyons, C. L., Robb, J. B., Irrgang, J. J., & Fitzgerald, G. K. (2005). Differences in quadriceps femoris muscle torque when using a clinical electrical stimulator versus a portable electrical stimulator. *Physical Therapy*, 85(1), 44-51.
- Manini, T. M., Clark, B. C., Tracy, B. L., Burke, J., & Ploutz-Snyder, L. (2005). Resistance and functional training reduces knee extensor position fluctuations in functionally limited older adults. *European Journal of Applied Physiology*, 95(5-6), 436-446.
- Nashner, L. M., Shupert, C. L., Horak, F. B., & Black, F. O. (1989). Organization of posture controls: an analysis of sensory and mechanical constraints. *Progress in Brain Research*, 80, 411.
- Nelson, M. E., Layne, J. E., Bernstein, M. J., Nuernberger, A., Castaneda, C., Kaliton, D., et al. (2004). The effects of multidimensional home-based exercise on functional performance in elderly people. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences & Medical Sciences*, 59(2), 154-160.
- Ng, A. V., & Kent-Braun, J. A. (1999). Slowed muscle contractile properties are not associated with a decreased EMG/force relationship in older humans. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 54(10), 452-458.
- Paillard, T., Lafont, C., Soulat, J. M., Montoya, R., Costes-Salon, M.-C., & Dupui, P. (2005). Short-term effects of electrical stimulation superimposed on muscular voluntary contraction in postural control in elderly women. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 19(3), 640-646.
- Paillard, T., Noe, F., Passelergue, P., & Dupui, P. (2005). Electrical stimulation superimposed onto voluntary muscular contraction. *Sports Medicine*, 35(11), 951-966.
- Reeves, N. D., Narici, M. V., & Maganaris, C. N. (2004). Effect of resistance training on skeletal muscle-specific force in elderly humans. *Journal of Applied Physiology*, 96(3), 885-892.
- Runge, C. F., Shupert, C. L., Horak, F. B., & Zajac, F. E. (1999). Ankle and hip postural strategies defined by joint torques. *Gait & Posture*, 10(2), 161-170.
- Schlicht, J., Camaione, D. N., & Owen, S. V. (2001). Effect of intense strength training on standing balance, walking speed, and sit-to-stand performance in older adults [abstract]. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 56(5), 281-286.
- Selkowitz, D. M. (1985). Improvement in isometric strength of the quadriceps femoris muscle after training with electrical stimulation. *Physical Therapy*, 65(2), 186-196.
- Tracy, B. L., Byrnes, W. C., & Enoka, R. M. (2004). Strength training reduces force fluctuations during anisometric contractions of the quadriceps femoris muscles in old adults. *Journal of Applied Physiology*, 96(4), 1530-1540.
- Tracy, B. L., & Enoka, R. M. (2002). Older adults are less steady during submaximal isometric contractions with the knee extensor muscles. *Journal of Applied Physiology*, 92(3), 1004-1012.
- Tracy, B. L., & Enoka, R. M. (2006). Steadiness training with light loads in the knee extensors of elderly adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 38(4), 735-745.
- Tracy, B. L., Maluf, K. S., Stephenson, J. L., Hunter, S. K., & Enoka, R. M. (2005). Variability of motor unit discharge and force fluctuations across a range of muscle forces in older adults. *Muscle & Nerve*, 32(4), 533-540.
- Tracy, B. L., Mehoudar, P. D., & Ortega, J. D. (2007). The amplitude of force variability is correlated in the knee extensor and elbow flexor muscles. *Experimental Brain Research*, 176(3), 448-464.
- Trimble, M. H., & Enoka, R. M. (1991). Mechanisms underlying the training effects associated with neuromuscular electrical stimulation. *Physical Therapy*, 71(4), 273-280; discussion 280-272.
- WHO. (2007). Core Health Indicators. from http://www.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm
- Willson, J. D., Ireland, M. L., & Davis, I. (2006). Core strength and lower extremity alignment during single leg squats. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 38(5), 945-952.
- Wolfson, L., Whipple, R., Derby, C. A., Amerman, P., & Nashner, L. (1994). Gender differences in the balance of healthy elderly as demonstrated by dynamic posturography. *Journal of Gerontology*, 49(4), 160-167.

Pontes entre Saúde e Lazer: Um percurso diferenciador de perfis

Luísa R. Santos¹, Salomé Ferreira¹ & J.L. Pais-Ribeiro²

¹Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde;

²Universidade do Porto, FPCE

A partir de meados do século XX, os comportamentos associados a fatores de risco para a saúde, tornaram-se responsáveis por um grande número de doenças e de mortes, sobretudo em pessoas jovens. Os comportamentos de risco, individuais e muitas vezes controláveis, nocivos para a saúde, chamam cada vez mais a atenção para o estilo de vida das pessoas, alertando para a importância da modificação de comportamentos, tais como o consumo substâncias psicoativas, a alimentação, o número de horas de sono, a prática de exercício físico, entre outros (Pádua, 1999; Richmond, 1979).

Se a primeira revolução da saúde teve como alvo a prevenção das doenças, a partir da década de 70, com o surgimento da segunda revolução que se centrava na saúde propriamente dita, considerada um marco teórico da psicologia da saúde, conduziu a alterações significativas dos paradigmas existentes (transição do modelo biomédico para o biopsicossocial). Saliente-se que nos países desenvolvidos, o comportamento humano era a principal causa de morbidade e de mortalidade (Ribeiro, 1998, 2000; Richmond, 1979).

A promoção da saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (1986) como um processo que visa capacitar as pessoas para aumentar o controlo e melhorar a sua saúde, assim como a dos grupos de pertença. Este vasto conceito inclui também os estilos de vida e outros fatores sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde. Tem, ainda, implícita uma estratégia de mediação entre o indivíduo e o meio envolvente, possibilitando uma escolha individual e a corresponsabilidade no desenvolvimento de um ambiente saudável. O aumento do controlo e da responsabilidade pessoal sobre o estilo de vida é um conceito desenvolvimental e dinâmico que tem associada a ideia de que a saúde se pode desenvolver ao longo da vida. Dentro desta perspectiva, o papel do sujeito relativamente ao seu estilo de vida é ativo e facilita a adoção (ou não) de comportamentos adequados à sua saúde (Rey, 2004; Thomas & Castro, 2012).

Neste sentido, os estilos de vida individuais, elaborados durante a infância e a adolescência, podem afetar a saúde e o modo de vida dos adultos. Escolhas saudáveis e padrões de comportamento adotados em estádios mais precoces vão frequentemente manter-se ao longo da vida adulta (Faria, 2002; Mc Bride, Midford, & Cameron, 1999). Mas, novos desafios são colocados à promoção da saúde, nomeadamente o de capacitar os profissionais e as famílias no sentido de serem um suporte aos adolescentes, despertando estes últimos para a procura de diferentes opções e estratégias alternativas para lidar com os acontecimentos de vida (Matos, 2008).

A modificação dos comportamentos de saúde poderá ter efeitos positivos tais como: Aumentar a longevidade e a expectativa geral de vida dos indivíduos; reduzir o número de mortes ocasionadas por doenças relacionadas com o estilo de vida; e aumentar o número de anos durante os quais uma pessoa pode gozar a vida, sem complicações inerentes a estados de doença crónica. Considerando que o conceito de saúde incorpora igualmente conhecimentos, crenças e valores, bem como actividades, alterando-se de acordo com o contexto pessoal e social ou com o histórico e o cultural. O desenvolvimento de intervenções nesta área poderá passar por práticas de resolução de problemas, por um equilíbrio entre trabalho e lazer ou pela utilização de períodos de descontração em situações geradoras de stresse, entre outras (Ribeiro, 2005; Taylor, 1999).

Um número significativo de autores considera que a expectativa de vida, nas sociedades desenvolvidas, se encontra mais relacionada com uma boa nutrição, com a prática de exercício físico e com a promoção da saúde, do que com o tratamento das doenças propriamente dito. Consideram assim que *bons* resultados em saúde se obtêm vivendo em ambientes saudáveis e com *bons* hábitos de saúde, um dos quais é ter prazer no lazer, querendo desta forma dizer, divertir-se.

Segundo Godbey (1999), vários estudos revelam haver uma relação entre estilos de vida ativos e um bom estado de saúde, sugerindo também que pessoas com bom estado físico são mais capazes de gozar a vida na sua plenitude, encontrando-se menos vulneráveis e com taxas mais baixas de doenças cardíacas. Por outro lado, parece que, até certo ponto, os comportamentos de saúde se podem transmitir de uma geração para outra, reconhecendo-se assim a possível existência de um processo de reprodução social de desigualdades socioeconómicas nos comportamentos de saúde.

Além disso, tem sido destacado o estatuto social como tendo grande impacto para a saúde em geral (Aaro, 1997). Outro fator que pode ter um impacto significativo, moderando os efeitos negativos do stresse, é o apoio social percebido, ou seja, aquele que o indivíduo percebe como disponível (se precisar dele), quando associado à prática de atividades de lazer e às predisposições do indivíduo para o mesmo (Ribeiro, 1999). De facto a literatura mostra que nos períodos de maior stresse, o suporte social pode atuar como um fator protector dos seus efeitos, podendo constituir-se como uma variável protectora da saúde (Lutgendorf et al., 2008; Santos, Pais-Ribeiro, & Lopes, 2003). A satisfação com o suporte social na opinião de Coelho e Ribeiro (2000) é sugerida como tendo um papel importante na resistência psicológica ao stresse encontrando-se relacionado com a percepção subjetiva de bem-estar e, o suporte social percebido.

Para além disso, de acordo com outros estudos, está relacionado com uma maior adaptação à doença e uma maior taxa de sobrevivência.

Como refere Aaro (1997), os comportamentos de saúde variam ao longo da vida, sendo os bons hábitos mais frequentes na infância, deteriorando-se depois na adolescência e na juventude e melhorando outra vez, com o amadurecimento. O dano acumulado causado por estes comportamentos pode não ser aparente durante anos e poucas são as crianças ou os adolescentes que se preocupam com a projeção da sua saúde quando tiverem 40 ou 50 anos. Esta despreocupação face ao futuro faz com que os maus hábitos que, por vezes proporcionam prazer, tenham a possibilidade de *ficar para durar*. No entanto, os comportamentos que, por vezes, são adotados como estilo de vida, instalam-se ao longo da mesma e levam a que surjam doenças associadas (Ribeiro, 2007).

Os comportamentos de saúde também variam com os fatores demográficos, tendo-se encontrado melhores hábitos de saúde não só nos mais novos, mas igualmente nos mais abastados, nos que têm maior nível de educação, nas pessoas com níveis mais baixos de stresse nos que têm níveis mais altos de suporte social (Aaro, 1997; Taylor, 1999). Salienta-se por fim que, a comunicação social se assume como um fator de grande impacto tanto na socialização como na educação para a saúde sendo, por vezes, responsável pelo assumir de determinados comportamentos pelas pessoas (Ribeiro, 2007).

As atividades de lazer e as preferências individuais têm sido alvo de estudo e, neste sentido, Ouelet (1995) considera que a saúde dos indivíduos, o seu desenvolvimento integral, nomeadamente nas dimensões físicas, mentais, afetivas e sociais, e a aquisição de comportamentos saudáveis e equilibrados são benefícios naturalmente relacionados com o lazer. As atitudes favoráveis em relação a este aparecem muitas vezes associadas a crenças que influenciam positivamente a saúde e o bem-estar das pessoas. Por outro lado, verifica-se uma cada vez maior evidência científica acerca dos efeitos negativos associados a algumas formas de lazer. Assim, poder-se-ia questionar até que ponto e em que condições, algumas formas de lazer poderiam causar a doença mais do que a saúde, a dependência mais do que a autonomia, a depressão mais do que o otimismo, a desadaptação mais do que o ajustamento (e.g. quando a ligação ao jogo se torna uma dependência limitando a vida pessoal, familiar e escolar; ou, quando num *novo mundo virtual* alguns dos mais vulneráveis se transformam em vítimas).

Os conceitos acima mencionados encontram-se intimamente relacionados com a qualidade de vida, conforme um grande número de trabalhos de investigação demonstra. Através destes tornou-se visível que o lazer pode causar um grande impacto na qualidade de vida. Como refere Ribeiro (2009), a importância da qualidade de vida, é indiscutível, quer relativamente a populações saudáveis quer a populações portadoras de doença.

O lazer pode ser visto como uma forma de melhorar a qualidade de vida da comunidade e do indivíduo através de atividades recreativas ou culturais. No entanto, Mannell e Kleiber (1999) salientam a importância de alguma predisposição para determinadas atividades, que acompanham o indivíduo ao longo da vida. Além disso, referem que esta predisposição pode ser transgeracional relativamente a alguns comportamentos de saúde.

Ao ser utilizado na vida quotidiana de cada pessoa, o lazer pode contribuir para a sua saúde. Por outro lado, ao ser usado como um instrumento pode conduzir a determinados resultados em saúde. Em qualquer dos casos tem de ser previamente *descoberto*. De acordo com Iso-Ahola e Mannell (1985), esta descoberta pode acontecer a diferentes níveis, nomeadamente, o cognitivo, o afetivo e o comportamental, variando estes de indivíduo para indivíduo.

A nível cognitivo é necessária uma aquisição de informação acerca do lazer ou uma tomada de consciência do seu potencial de mudança. Quando a descoberta implica gostar do lazer em geral e de algumas experiências em particular, entramos no nível afetivo. Por último, o nível comportamental envolve a tomada de consciência de ser capaz de desenvolver novos comportamentos de lazer. Contudo, nem todas as pessoas acedem a todos estes níveis.

Têm sido reconhecidos ainda benefícios do lazer, particularmente para o bem-estar psicológico, para o aumento da autoestima e para o desenvolvimento de recursos adaptativos da personalidade (Caltabiano, 1995; Freire, 2004).

Como refere Diamond (1984), um estilo de vida ativo em lazer promove a saúde através da participação em várias atividades que, através da ativação das competências cognitivas, físicas e sociais de cada um, levam a uma recompensa intrínseca (e.g. alguns gostam de fazer *puzzles*, outros voltam a estudar, outros preferem conviver). O fator determinante é a estimulação, na qual a curiosidade desempenha o papel principal. Se uma pessoa mantém a curiosidade durante a vida, isto estimulará a sua apetência para novas situações.

O lazer pode ser um entre os diversos tipos de recursos e de estratégias de *coping*, que tem sido considerado como um meio importante para ajudar as pessoas a lidar com o *stresse* a manter ou melhorar a sua saúde (Caltabiano, 1994; Coleman, 1993; Coleman & Iso-Ahola, 1993; Iwasaki, 1998, 2006). O facto da participação em atividades de lazer promover a saúde e o bem-estar reveste-se da maior importância no sentido de alertar os intervenientes da comunidade, com poder de decisão, para a necessidade de se criarem os meios que possibilitem a prática desse tipo de actividade.

Alguns estudos mostram uma relação direta entre o lazer e a melhoria do estado de saúde, associando-a essencialmente à liberdade percebida e à motivação intrínseca para o lazer (Iwasaki, 1998; Neulinger, 1982; Weissinger & Iso-Ahola, 1984). Outros abordam a satisfação das necessidades psicológicas das pessoas, através das suas experiências de lazer e a influência destas na saúde e no crescimento do indivíduo (Tinsley & Tinsley, 1986); bem como o papel do *lazer* na redução do stresse; na melhoria do *bom humor*; ou no escape à rotina diária (Caltabiano, 1994; Iso-Ahola, 1989). Segundo Iso-Ahola (1997) um estilo de lazer ativo, por oposição a um estilo de lazer passivo ou sedentário, funciona como um amortecedor contra o stresse mantendo assim a saúde física e mental.

A investigação tem demonstrado, de forma consistente, que a atividade física diminui significativamente a probabilidade de cada pessoa ter doença cardíaca e, algumas formas de cancro, aumentando as possibilidades de maior longevidade individual. Em contrapartida, a falta de exercício físico tem sido considerada como um fator de risco primário para a doença coronária, ao mesmo nível que o fumar, a obesidade, a hipertensão e o colesterol (McGinnis, 1991). Neste sentido, a atividade física ajuda a *lidar* com o stresse (e, ao fazê-lo, de certo modo, permite diminuir o tabagismo e as doenças a ele ligadas), prevenindo a osteoporose e contribuindo para controlar o peso e o nível da

pressão arterial. Por estranho que pareça, o sedentarismo é, na atualidade, nos países desenvolvidos, o fator de risco mais prevalente (Pádua, 1999). A literatura mostra que as atividades de lazer promovem o humor positivo e ajudam a ultrapassar momentos de solidão levando a níveis mais elevados de bem-estar (Freire, 2004).

Quer a participação em atividades físicas quer no lazer em geral têm efeitos positivos na saúde mental (e.g. melhoria do bem-estar psicológico, da autoestima, do autoconceito positivo, da interação social, da satisfação com a vida, da felicidade e diminuição da depressão) (Iso-Ahola, 1994; Iwasaki, 2007). Alguns autores corroboram esta ideia ao referirem que as pessoas que estão mais ativamente envolvidas em determinadas atividades de lazer são mais imunes ao stresse, ou seja, ao reduzirem o nível de stresse diminuem a probabilidade e/ou agravamento da doença (Mannell & Kleiber, 1999; Freire, 2004).

No que concerne às tecnologias Santos e Ferreira (2011) consideram que estas alteram a relação das pessoas com o espaço e, numerosos estudos revelam que crianças e adolescentes são particularmente vulneráveis à influência das mesmas. Além disso, pode ser atribuído às tecnologias um potencial desencadeador de violência, de outros comportamentos antissociais, ou mesmo de dependência.

Matos (2008) refere que as relações sociais entre adolescentes se têm alterado em função do desenvolvimento das tecnologias que consequentemente tem feito com que alguns jovens saiam menos à noite, se afastem mais do mundo real, usando preferencialmente e com maior frequência os computadores como espaço de socialização, atribuindo à realidade virtual maior valor no seu dia-a-dia. Esta dimensão está a tomar proporções alarmantes com repercussões na saúde pública e na economia da saúde (Sardinha, 2012).

No seguimento do acima mencionado, as novas tecnologias proporcionam grande número de oportunidades aos jovens, contribuindo progressivamente para um aumento do recurso a actividades mais sedentárias. Deste modo, muitos jovens preferem a realidade virtual considerando a sua existência como real. Para tal, destacamos em particular jogos como os MMOG (*Massive Multiplayer Online Games*) que lhes permitem estar em contacto com milhares de parceiros dispersos por todo o planeta em simultâneo e assumir personagens diferentes. Esta preferência constitui-se numa parte não negligenciável do estilo de vida de um número considerável e crescente de indivíduos (Matos, 2008; Meneses, 2012). Por outro lado, uma outra modalidade, comparável com os MMOG, surgiu no ano 2000, e designa-se por *geocaching*. Esta utiliza também as dinâmicas próprias das redes sociais, além das tecnologias de orientação. Esta prática desenvolvida em espaço geográfico junta o mundo digital com o mundo real, a *internet* e as redes sociais em ambiente *web* com o espaço geográfico tradicional em que se vive. Pelo exposto podemos constatar que estas tecnologias não se associam apenas a estilos de vida sedentários, já que poderão incentivar a saída de casa, os passeios a pé, a realização de viagens individualmente ou em grupo (amigos ou em família), interagindo com uma rede de praticantes, com o objectivo de encontrar *tesouros escondidos*, ou tão somente novos desafios (Fernandes, 2012, 2013).

Identificação de diferentes perfis de lazer

Santos (2004), num dos estudos de investigação desenvolvidos, no qual participaram 423 jovens do ensino superior público da zona norte de Portugal, identificou diferentes categorias, perfis e atividades de lazer.

No tocante à síntese dos principais resultados obtidos no estudo acima referido, importa destacar que, no respeitante às atividades de lazer, estas foram inicialmente agrupadas em seis grandes categorias: Os *media*; as *atividades sociais*; as *desportivas*; os *acontecimentos culturais*; as *atividades de ar livre* e os *passatempos*. Através de uma análise de *clusters* verificou-se a existência de grupos de estudantes que constituíram quatro perfis de lazer diferentes.

O primeiro grupo identificado adotava um estilo de lazer mais ativo e diversificado, caracterizado pela elevada frequência em todas as categorias de atividades analisadas, tendo todas elas lhes proporcionado satisfação.

O segundo grupo mostrou um perfil com uma configuração algo semelhante à anterior, caracterizando-se pela elevada realização de atividades pertencentes somente a duas das categorias - as desportivas e as sociais. Pode dizer-se então que os jovens classificados neste perfil têm um estilo de lazer ativo, mais focalizado no social e no desportivo.

O terceiro grupo apresentou um perfil com uma configuração um pouco diferente das anteriores, sendo que os jovens classificados neste perfil realizaram atividades essencialmente em duas categorias de lazer - os acontecimentos culturais e os passatempos. Este estilo poderá dizer-se menos ativo do que os anteriores, por implicar menor número de atividades.

O último perfil apresenta-se no pólo oposto ao primeiro e reflete, sobretudo, um menor índice de realização em todas as categorias de atividades e, simultaneamente, de satisfação na realização das mesmas, uma vez que estes jovens raramente as fazem e, quando as realizam não gostam.

No âmbito geral, os resultados da análise de *clusters* deste estudo permitem concluir que o lazer é uma área complexa e, para além disso, demonstraram que a caracterização de estilos de lazer pode apresentar configurações específicas, em função do nível de atividade desenvolvida. Só em dois dos grupos (o dois e o três), as diferenças refletem de facto atividades distintas. Parece, assim, que a diferenciação se faz, sobretudo, em relação a níveis de maior ou menor atividade, mais do que através da especificidade das atividades concretas. O que vai no sentido de outras investigações que referem que estilos de lazer mais ativos se relacionam com melhores níveis de saúde e menores níveis de *stress*, contrariamente a estilos mais sedentários (Iso-Ahola, 1997). É ainda de realçar que, o grupo menos ativo se distingue dos restantes por um aumento da *depressão*.

Educação para o lazer

Para dar resposta às necessidades em lazer na nossa sociedade torna-se evidente que a importância de nos focalizarmos nos fundamentos do lazer, e mais especificamente na educação para o lazer, procurando promover o desenvolvimento de atitudes, conhecimentos, capacidades e comportamentos que fomentem a satisfação com as

atividades de lazer e criem oportunidades para incrementar estilos de vida ativos.

Vários estudos referidos por Mundy (1998) ao analisarem o saber que as pessoas têm sobre o lazer, mostram que uma grande parte destas não conhece o verdadeiro significado da palavra, sendo visíveis alguns problemas com o lazer, sobretudo no que se refere à forma como é utilizado. Outros conhecem um grande número de atividades recreativas mas, raramente experienciam um nível de realização tão elevado durante os seus tempos livres. Esta situação advém de um passado limitado neste âmbito, bem como de condições tradicionalmente inexistentes no tocante a áreas de diversão, predominando as atividades localizadas no espaço doméstico, passivas e/ou restritas a um pequeno conjunto de experiências individuais.

Partindo do pressuposto que a conjugação entre o papel da família e o da escola, por serem instituições de socialização básica na sociedade, implica o envolvimento dos seus membros no alcançar de um bom nível de conhecimento, atitudes e comportamentos de lazer, sendo fundamental a aposta em programas inovadores que promovam a participação dos indivíduos, (e.g. desportos náuticos, de defesa pessoal, a prática do *geocaching*, entre outros). De facto, estes programas poderão contribuir para a inclusão dos jovens em actividades tal como propõe Matos (2008) ao afirmar que a participação em intervenções enquanto pares ou parceiros é essencial para a melhoria dos estilos de vida saudáveis.

Conjuntamente com Mundy (1998) defendemos que apesar da globalização, a realidade está em mudança permanente, não permitindo em muitos pontos do globo a satisfação das necessidades básicas fundamentais. Mas, nas áreas geográficas em situação mais vulnerável, só após a satisfação destas necessidades seria possível beneficiarem das vantagens associadas à recreação e ao lazer.

Crianças e jovens estão a crescer com menos capacidades recreativas e de lazer e as escolas, por razões economicistas e devido a necessidades de desenvolvimento noutras áreas importantes (como a leitura, a escrita ou a matemática), têm valorizado menos recreação e o lazer, que têm ficado arredadas dos interesses principais da sociedade. Por outro lado, cada vez mais instituições de ensino, incluindo o superior, têm mostrado preocupação por encontrar formas que promovam o envolvimento dos estudantes em atividades de lazer (Evans, Hartman, & Anderson, 2012)

Áreas como as artes, a música, a participação em desportos ou em atividades culturais, estão a ficar cada vez mais fora das opções curriculares e das famílias. Estas últimas, por se defrontarem frequentemente com debilidades socioeconómicas, não possuem recursos para compensar a ausência da recreação e do lazer no sistema educativo, sendo pouco incentivado o desenvolvimento de atitudes positivas, de interesses e de capacidades relativas ao lazer. Assim, e nesta perspetiva de educação para o lazer, torna-se importante a participação conjunta da família, da escola, e de outros serviços da comunidade, fomentando o desenvolvimento de um lazer significativo e enriquecedor (Mundy, 1998).

Todavia, quando o tempo e o dinheiro são escassos e se sente que na vida tudo acontece a correr, sob pressão e com elevados níveis de stresse, então o desenvolvimento de estratégias de lazer pode ser um elemento decisivo que faça a diferença, mas para isso teria de ser previamente considerado.

No fundo, o lazer abrange a área da socialização, possibilitando a aprendizagem de padrões de relacionamento, especificamente a integração social nas suas vertentes de pertença a uma determinada categoria social e de afirmação pessoal em relação aos outros e aos seus estilos de vida, sobretudo, desenvolvendo-os de uma forma saudável. A função do lazer na promoção da saúde é uma das mais frequentemente enunciadas merecendo um lugar de destaque.

A título de conclusão e, de acordo com Santos e Ribeiro (2005), a educação para o lazer poderá vir a ter grande importância na sociedade futura, que se caracteriza por estilos de vida cada vez mais apressados, com escassos momentos para repouso e para a descoberta de novas formas de usufruir do lazer como um desafio salutar. Por outro lado, a grande facilidade e competência face às tecnologias a elas associadas por parte dos jovens, apesar de existir alguma dificuldade por partados adultos no seu controlo. Além disso, a educação para o lazer poderá transformar as práticas antigas em novas formas de estar, que promovam o bem-estar e a saúde dos jovens e sejam apreciados por estes. Torna-se importante referir ainda que, uma versão terapêutica de educação para o lazer poderá auxiliar no processo de lidar com conflitos quer no sistema familiar quer em contexto escolar, podendo constituir-se num desafio para as escolas, para as famílias e para os próprios jovens.

Bibliografia

- Aaro, L.E. (1997). Adolescent lifestyle. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, c. McManus (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp 65-68). Cambridge: Harvard University Press.
- Albuquerque, T.M. (1999). Lazer e desenvolvimento na adolescência numa perspetiva da Psicologia Social: teoria, investigação e intervenção. *Tese de Doutoramento*. Braga: Universidade do Minho.
- Caltabiano, M.L. (1994). Measuring the similarity among leisure activities based on a perceived stress-reduction benefit. *Loisir et Société/Leisure Studies*, 13, 17-31.
- Caltabiano, M.L. (1995). Main and stress-moderating health benefits of leisure. *Loisir et Société/Society and Leisure*, 18 (1), 21-52.
- Coleman, D. (1993). Leisure based social support, leisure dispositions and health. *Journal of Leisure Research*, 25 (4), 350-361.
- Coleman, D., & Iso-Ahola, S.E. (1993). Leisure and health: The role of social support and self-determination. *Journal of Leisure Research*, 25 (1), 111-128.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper.
- Diamond, M. (1984). A love affair with the brain. *Psychology Today*, 62-73.
- Faria, H.E. (2002). *Escolas promotoras de saúde: fatores críticos para o sucesso da parceria Escola-Centro de Saúde*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.

- Fernandes, J. (2012). Tecnologia, Georeferenciação e novas territorialidades-o caso do geocaching. *Cadernos de Geografia*, 30/31, 171-180. Coimbra: FLUC
- Fernandes, J. (2013). Geocaching, novas práticas espaciais e potencial modelação da imagem dos lugares. *Espaço e Geografia*, 16(1), 279-305
- Freire, T. (1989). Lazer e desenvolvimento humano. *Jornal de Psicologia*, 8, 27-31.
- Freire, T. (2004). Psicologia social do lazer. In F. Neto (Coord), *Psicologia social aplicada* (309-346). Lisboa: Universidade Aberta.
- Godbey, G. (1999). *Leisure in your life: an exploration*. State College, PA: Venture Publishing.
- Iso-Ahola, S.E. (1989). Motivation for leisure. In E. Jackson & T. Burton (Eds), *Understanding leisure and recreation: Mapping the past, charting the future* (245-279). College, PA: Venture.
- Iso-Ahola, S.E. (1994). Leisure.lifestyle and health. In D.M. Compton, & S.E. Iso-Ahola (Eds), *Leisure and mental health* (42-60) Park City, UT: Family Development Resources.
- Iso-Ahola, S.E. (1997). A psychological analysis of leisure and health. In J.T. Haworth (Ed.), *Work, leisure and well-being* (131-144). London: Routledge.
- Iso-Ahola, S.E., & Mannell, R.C. (1985). Social and psychological constraints on leisure. In M.G. Wade (Ed), *Constraints on leisure*, (11-51). Springfield: Charles C. Thomas.
- Iwasaki, Y. (1998). *Leisure and stress-coping: reconceptualizations and analyses*. Waterloo: Waterloo University (Tese de Doutoramento).
- Iwasaki, Y. (2006). Counteracting stress through leisure coping: A prospective health study. *Psychology, Health & Medicine* 11, (2), 209-220.
- Iwasaki, Y. (2007). Leisure and quality of life in an international and multicultural context: What are major pathways linking leisure to quality of life? *Journal Social Indicators Research*, 82, (2), 233-264.
- Mannell, R.C., & Kleiber, D.A. (1999). *A social psychology of leisure*. State College, PA: Venture Publishing.
- Matos, M.G. (2008). A saúde do adolescente: O que se sabe e quais são os novos desafios. *Análise Psicológica*, 2(27), 251-263.
- McBride, N., Midford, R., & Cameron, I. (1999). An empirical model for school health promotion: the west, *Health Promotion Journal of Australia*, 5, 11-16.
- McGinnis, J. (1991). Health objectives for the nation. *American Psychologist*, 46, 520-524.
- Meneses, R. (2012). Massively multiplayer online role-playing games (mmorpg): um desafio à promoção da saúde? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12 (suplemento), 113
- Mundy, J. (1998). *Leisure education: theory and practice*. Florida: Sagamore Publishing
- Neulinger, J. (1982). Leisure lack and the quality of life. *Leisure Studies*, 1, 53-63.
- Ouelet, G. (1995). Loisir, Santé et Fonctionnement Humain, *Loisir et Société*, 18, 11-13.
- Pádua, F. (1999) *Promoção da saúde e prevenção de doenças não transmissíveis*. Lisboa: Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva.
- Rey, F. (2004). *Personalidade, saúde e modo de vida*. São Paulo: Thomson
- Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (8), 547-558.
- Ribeiro, J.L.P. (2000). A Saúde e as Doenças no Sec. XXI. In M.R. Dias, & A. Amorim (Eds.). *Clinica Dentária Integrada: contributos bio-psico-sociais*: Monte da Caparica: Egas Moniz Publicações.
- Ribeiro, J.L.P. (2005). *O importante é a saúde*. Lisboa: Merck Sharp & Dohme.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora
- Ribeiro, J.L.P. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P. Cruz, S.N. Jesus, & C. Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida*, (31-49). Alcochete: Textiverso.
- Richmond, J. (1979). *Healthy people: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. Washington: U.S.Department of Healyh, Education, and Welfare.
- Santos, C.S., Pais-Ribeiro, J., & Lopes (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(2), 185-204.
- Santos, M.L. & Ferreira, M.S. (2011). Comportamentos de Saúde e Vulnerabilidades relacionados com o uso das Novas Tecnologias. In C. M. S. Albuquerque (Org.). *Comportamentos de Saúde Infante-juvenis: Realidades e Perspetivas* (pp. 647-654) Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu,
- Santos, M.L. & Ribeiro, J.L. (2005). Educação para o lazer ou o jogo e o lazer na educação. *Actas do 1º Congresso Internacional de Aprendizagem na Educação de Infância*, 601-603. Porto: Edições Gailivro.
- Santos, M.L. (2004). Estilos de lazer e coping: sua relação com saúde e mal-estar. Porto: Universidade do Porto (Tese de Doutoramento).
- Sardinha, L. (2012). Comportamento sedentário: epidemiologia e relevância. *Revista Fatores de Risco*, 27, 54-64.
- Taylor, S.T. (1999). *Health psychology*. New York: McGraw Hill.
- Thomas, C., & Castro, E. (2012). Personalidade, Comportamentos de Saúde e adesão ao tratamento a partir do modelo dos cinco grandes fatores: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 100-109.
- Tinsley, H.E., & Tinsley, D.J. (1986). A theory of the attributes, benefits and causes of leisure experience. *Leisure Sciences*, 8 (1), 1-45.
- Tones, K. (1987). Health promotion, affective education and the personal-social development of young people, In K. David and T. William (Eds.). *Health education in schools*. London: Harper & Row Publishers.
- Weissinger, E., & Iso-Ahola, S.E. (1984). Intrinsic leisure motivation, personality and physical health. *Society and Leisure/LoisiretSociété*, 7 (1), 217-228.

O consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes

Jorge M. Ribeiro¹, Susana Pereira² & Luísa R. Santos²

¹ Agrupamento de escolas de Arga e Lima

² Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde

O consumo de bebidas alcoólicas faz parte dos hábitos alimentares de uma larga maioria da população portuguesa, sendo mesmo considerado como uma droga legal (Balsa, Vitale & Pascueiro, 2011). No que respeita aos jovens, parece estar muito associado ao seu processo de socialização, bem como aos seus momentos de lazer (Teixeira, 2008). Contudo, a tolerância social para os consumos moderados de bebidas alcoólicas, pode induzir os adolescentes a evoluir para formas de risco (Boné & Bonito, 2011). Neste contexto, iremos considerar como referencial a posição da *World Health Organization* (WHO, 2011), que descreve o consumo de bebidas alcoólicas como nocivo para a saúde, estando associado a várias causas de morte, doença ou traumatismos, na sequência de estados de embriaguez, condução perigosa ou atos de violência.

O presente estudo terá como referência investigações realizadas em Portugal sobre o consumo de bebidas alcoólicas, considerando a iniciação, a frequência, a embriaguez, e os contextos em que este decorre.

É importante perceber o grau de conhecimento, bem como a perceção dos jovens relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas. Carvalho e Leal (2006) verificaram que 376 jovens, com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos (média de 16 anos), apresentavam um bom nível de informação e atitudes predominantemente negativas face ao consumo de bebidas alcoólicas, embora revelassem crenças positivas associadas ao mesmo. Por outro lado, a maioria (59%) dos 316 jovens questionados por Casal (2007), que frequentavam o 3º ciclo do ensino básico e o ensino secundário, considera que conhece bem ou muito bem os malefícios do consumo de bebidas alcoólicas; contudo, quando lhes foi solicitado que os descrevessem, 58% não o conseguiu e 31,6% apenas apontou um. Como realça esta autora, a perceção de elevado conhecimento “poderá gerar uma falsa sensação de segurança em alguns jovens e levá-los a desvalorizar o risco destes consumos” (p. 87). Carvalho e Leal (2006) ainda constatarem diferenças significativas no grau de informação dos adolescentes sobre o consumo de bebidas alcoólicas com a idade, sendo os mais velhos a revelarem maior conhecimento. E apuraram, também que, quanto maior é o nível de informação, mais desfavoráveis são as atitudes dos adolescentes face ao consumo de bebidas alcoólicas. Neste sentido importa conhecer os comportamentos dos jovens, de forma a prevenir os comportamentos de risco relacionados com este tipo de consumos.

O consumo de bebidas alcoólicas é uma realidade nos jovens europeus, como se pode constatar através do relatório do *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) que envolveu mais de 100.000 estudantes europeus (média de idade de 16 anos), onde mais de 70% destes, de 35 países, já tinham consumido bebidas alcoólicas, e 47% de 36 países afirmaram já terem estado, pelo menos uma vez na vida, embriagados (Hibell et al., 2012). Verificou-se ainda, e relativamente a Portugal, que 71% dos adolescentes já tinham consumido bebidas alcoólicas e que 33% já se tinham embriagado.

Em Portugal, Balsa e colaboradores (2011) apresentam os resultados comparativos do *Primeiro e do Segundo Inquéritos Nacionais ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral* e constatarem, no que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas, um aumento particularmente significativo entre os mais jovens (15-24 anos), entre 2001 e 2007. Constata-se neste estudo que são os 17 anos (DP = 4,0) a idade média em que a população portuguesa iniciou o consumo de bebidas alcoólicas (Balsa et al., 2011). Na análise de outros estudos realizados em Portugal, verificamos que a maior parte dos jovens iniciam o mesmo antes dos 15 anos (Casal, 2007; Lomba, Apóstolo, Mendes, & Campos, 2011; Martins, 2009; Salvador, 2008; Sousa et al., 2008; Teixeira, 2008). Ainda no que respeita à idade de iniciação, Pereira (2003) propõe, no seu estudo, duas perspetivas: A do primeiro consumo, que terá ocorrido aos 10 anos de idade, em média, e o início de consumo regular, que terá ocorrido entre os 15 e os 16 anos (em média). De salientar que nenhum dos outros estudos anteriormente referidos propuseram esta terminologia, pelo que pressupomos que os seus dados correspondam ao primeiro conceito.

Ainda neste âmbito, Teixeira (2008) avaliou a idade de iniciação do consumo de bebidas alcoólicas em dois grupos, um com idades entre os 15 e 17 anos e outro entre os 18 e 20 anos. Nesta análise, considerou intervalos de iniciação que tivessem como referência os 16 anos, porque é a idade legal para se poder consumir bebidas alcoólicas em Portugal e também porque “consumir antes dos 18 aumenta o risco de dependência” (Marinho, 2008, p. 295), optando assim pelos intervalos dos 11 aos 15 anos e dos 16 aos 20. Assim, verificou que no grupo de jovens com idades entre os 15 e os 17 anos, 76% tinham-se iniciado entre os 11 e os 15 anos e 11% entre os 16 e os 20 anos, e no grupo de jovens com idades entre os 18 e os 20 anos, 58% iniciaram entre os 11 e 15 anos e 29% entre os 16 e 20 anos. Estes resultados parecem evidenciar uma maior precocidade na iniciação do consumo de bebidas alcoólicas por parte dos jovens.

Na análise dos consumos entre rapazes e raparigas, constatamos diferenças significativas no estudo de Teixeira (2008), em que 16% dos rapazes e 8% das raparigas iniciaram o consumo de bebidas alcoólicas entre os cinco e os 10 anos, 67% em ambos os sexos entre os 11 e os 15, e 15% dos rapazes e 24% das raparigas entre os 16 e os 20. Também

Promoção da Saúde: da investigação à prática

se verificaram diferenças significativas no estudo de Matos e colaboradores (2012), quando considerada a totalidade da amostra (crianças e jovens que frequentavam o 6º, 8º e 10º anos de escolaridade), com os rapazes a iniciarem-se em idades mais prematuras. Contudo, essas diferenças não foram encontradas quando considerados apenas os jovens do décimo ano. Todavia, no estudo de Ferreira e Torgal (2010) não se verificaram diferenças significativas entre rapazes e raparigas. Quando analisamos o local de iniciação ao consumo de bebidas alcoólicas, este varia em função dos estudos, como descrito na tabela 1, embora a *casa* seja o único local comum a todos eles.

Tabela 1

Local de iniciação do consumo de bebidas alcoólicas

Local	Estudos		
	Pereira (2003)	RSU (2004)	Teixeira (2008)
Festas			24% (1)
Casa	23% (2)	53% (1)	23% (2)
Bares	52% (1)	10% (3)	
Discotecas		19% (2)	
Café			20% (3)

Verificaram-se diferenças significativas entre rapazes e raparigas, com o primeiro consumo dos rapazes a decorrer, maioritariamente, em casa (23%), no café (22%) e em festas (21%), e nas raparigas em festas (26%), em casa (23%) e no café (18%) (Teixeira, 2008). Neste mesmo estudo, o local também variou, de forma significativa em função da idade, com os jovens de 15 a 17 anos a iniciarem-se em festas (27%), em casa (24%) e no café (20%), e os mais velhos a iniciaram-se em casa e em festas (22%) e no café (20%). Boné e Bonito (2011) realizaram entrevistas a dez jovens, dos quais cinco são consumidores e referiram ter iniciado em ambiente noturno e com a influência ativa ou tácita dos pares.

A inclusão de locais, a saber bares, cafés, casa e/ou discoteca e, ainda, ocasiões festivas ou indeterminadas, na mesma lista de opções impede uma análise mais rigorosa dos resultados, uma vez que o consumo de bebidas alcoólicas num local poderá estar associado, ou não, a uma ocasião festiva.

O primeiro consumo decorre, para a maioria dos jovens estudados, na presença dos amigos, como o verificado em Teixeira (2008), para 63% da sua amostra; em Martins (2009) para 85%; Magalhães (2010) questionou jovens de uma escola do interior e outra do litoral norte, e em ambas foram os amigos, 70 e 62% respetivamente, a companhia no primeiro consumo. Apenas no estudo da RSV (2004) a presença da família (ou familiar) era a mais frequente (61%), seguida dos amigos (41%).

Também no que se relaciona com a companhia neste primeiro consumo, verificaram-se diferenças significativas entre os dois sexos, com os rapazes a referirem os amigos (65%), familiares (15%) e pais (16%), e as raparigas 61, 21 e 16%, respetivamente (Teixeira, 2008).

Podemos assim concluir que, ao nível da iniciação ao consumo de bebidas alcoólicas os jovens parecem revelar preferência pelo contexto festivo, pelos ambientes noturnos e pela presença de amigos, sendo mais evidente nos mais jovens e nas raparigas.

Passando seguidamente à análise das razões que induziram a iniciação deste consumo, referidas na literatura são apresentadas na tabela 2.

Tabela 2

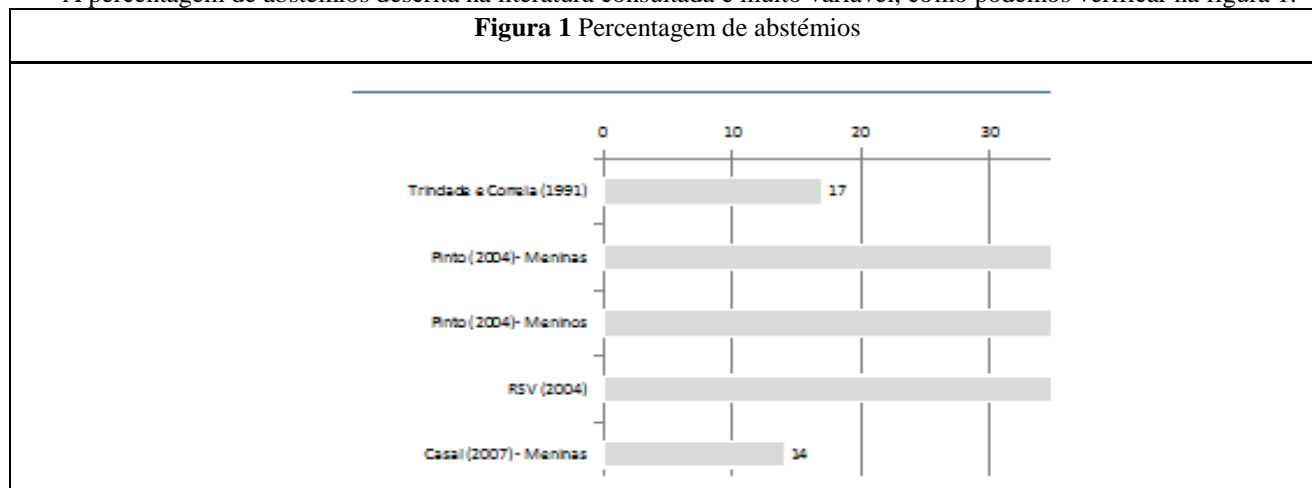
Motivos para o início do consumo de bebidas alcoólicas

Estudos	Pereira (2003)	Lourenço (2008)	Balsa e col. (2011)
	Motivos	Iniciativa própria (58%)	Curiosidade (51%)
Entusiasmo dos amigos (22%)		Influência da família (30%)	Influência dos amigos
Influência da família (20%)		Entusiasmo dos amigos (14%)	Curiosidade
			Reduzir inibição ou timidez

No que concerne aos motivos para iniciar o consumo de bebidas alcoólicas, verificamos que eles são variados, embora a presença dos amigos parece ser uma constante, e o seu grau de preponderância também tende a alternar consoante as amostras estudadas. Assim, considera-se ser necessário um maior investimento na investigação desta variável.

Promoção da Saúde: da investigação à prática
A abstinência e a frequência do consumo de bebidas alcoólicas

A percentagem de abstémios descrita na literatura consultada é muito variável, como podemos verificar na figura 1.



Parece-nos importante considerar, na análise destes dados, que as amostras eram constituídas por sujeitos com idades diferentes. Constatamos assim que os estudos cujas amostras incluem elementos mais novos, como as de Pinto (2004) e Matos e colaboradores (2012) são também as que, como seria expectável, apresentam superiores percentagens de abstinência.

São vários os estudos que reportam diferenças significativas entre os dois sexos, no que respeita ao consumo de bebidas alcoólicas (Balsa et al., 2011; Corte-Real, Balaguer, Dias, Corredeira, & Fonseca, 2008; Magalhães, 2010; Matos, Simões, Tomé et al., 2012; Pinto, 2004; Reis et al., 2011; Trindade & Correia, 1991). Contudo, destacamos Teixeira (2008) em que 5% rapazes e 11% raparigas nunca consumiram, e 76% rapazes e 50% raparigas são atuais consumidores. Por outro lado, Ferreira e Torgal (2010) identificam que 50% rapazes e 38% das raparigas consomem. Todavia, em alguns estudos não se verificaram diferenças significativas (Mendes & Lopes, 2007; Vilela, Macho, & Almeida, 2011). Carvalho e Leal (2006) procuraram conhecer as atitudes face ao consumo de bebidas alcoólicas por parte dos jovens, e constataram atitudes mais favoráveis pelo sexo masculino, o que poderá dever-se, segundo estes autores, às normas socioculturais prevalentes - mais permissivas para homens do que para mulheres, onde o consumo excessivo nas mulheres é percecionado de um modo mais negativo e estigmatizante. Também (Balsa et al., 2011) verificaram diferenças e constataram um aumento do consumo de bebidas alcoólicas pelo sexo feminino, com idades compreendidas entre os 15 aos 24 anos.

No que concerne à idade, verificaram-se diferenças significativas nos consumos, com os mais velhos a consumirem mais (Corte-Real et al., 2008; Pinto, 2004; Trindade & Correia, 1991; Vilela et al., 2011). Ferreira e Torgal (2010) constataram que 37% dos jovens com idades entre os 14 e os 16 anos consumiam bebidas alcoólicas e 48% dos que tinham entre 17 e 19 anos. Todavia, essas diferenças não foram verificadas por Teixeira (2008) nem por Reis e colaboradores (2011).

No que respeita à frequência de consumo de bebidas alcoólicas (tabela 3), constatamos que existe evidência científica de que a maioria dos jovens apresenta consumos com uma frequência mensal, comparativamente com uma reduzida percentagem de jovens (entre os 7 e os 12%) com consumos superiores a uma vez por semana.

Contudo, a análise da frequência dos consumos (seja anual, mensal, semanal ou diária) acarreta questões que incluem diferentes variáveis, tais como o dia de semana (dias úteis vs fim de semana) e o contexto (ocasiões especiais ou não). Desta forma, parece-nos interessante que todas estas variáveis sejam formuladas isoladamente, e só depois em formas combinadas.

Tabela 3

Frequência do consumo de bebidas alcoólicas

Frequência	Estudos					
	Trindade (1991)	RSV (2004)	Lourenço (2008)	Martins (2009)	Matos e col. (2012)	Reis e col. (2011)
Ocasões especiais	69			3		
Raramente		40				
1 a 2 vezes por ano			27			20
Anual				3		
1 a 2 vezes por mês			40			41
Mensal				18		
Fim-de-semana				64		
Todos fins-de-semana			30			21
Mais de 1 vez por semana	5					5
Diário		1	1	12	4	2

Um dos fatores que poderá afetar o consumo de bebidas alcoólicas será o local de residência dos jovens. Mendes e Lopes (2007) avaliaram consumos de jovens que frequentavam o 3º ciclo de ensino básico e secundário em Lisboa, Almada, Castelo Branco e Mação, não tendo verificado diferenças significativas entre as variáveis mencionadas, relativamente à frequência e quantidade do consumo de bebidas alcoólicas. Por outro lado, Magalhães (2010) verificou um consumo de bebidas alcoólicas ligeiramente superior nos 172 jovens de uma escola secundária do interior (Bragança), relativamente aos 188 de uma do litoral (Vila Nova de Famalicão). Já, Lomba e colaboradores (2011) avaliaram 1257 jovens, com idades entre os 15 e os 35 anos, distribuídos por nove cidades, e constataram que não existem diferenças significativas no consumo de bebidas alcoólicas entre as várias cidades. Por fim, Matos e colaboradores (2012) descrevem distintos valores médios de consumo semanal de bebidas destiladas, considerando as diferentes regiões do país - com 6% para o Alentejo, 4% região centro, 3% Lisboa, e 2% região norte e Algarve.

No que respeita ao local de consumo, é descrita a relação significativa entre o consumo de bebidas alcoólicas e a frequência de bares (Sousa et al., 2008), e de bares/discotecas (Casal, 2007; Magalhães, 2010). Estes resultados estão em sintonia com os de Teixeira (2008), onde o consumo nesses locais se revela superior ao reportado no restaurante, em casa, em casa de amigos ou em cafés/tabernas.

A companhia dos amigos parece ser a preferida dos jovens no consumo de bebidas alcoólicas (Sousa et al., 2008; Teixeira, 2008). Mais concretamente, 68% (RSV, 2004) ou 87% segundo (Lourenço, 2008). Assim, a influência da presença de amigos consumidores reflete-se nos resultados obtidos por Salvador (2008), onde à pergunta - *Quando estás com pessoas que bebem és capaz de não beber?* - 70% dos jovens afirmam *tenho a certeza que não bebo* ou *tenho alguma certeza de que não bebo*, mas, quando a questão é - *Quando estás com amigos que estão a beber és capaz de não beber?* - as respostas baixam para 60%. Pinto (2004), encontrou resultados semelhantes, mas considerou o sexo do amigo consumidor. Neste sentido, observou que quando o *melhor amigo bebe muito*, 54,1% dos jovens também o faz; quando a *melhor amiga bebe muito*, são 50% dos jovens a fazê-lo; se o *melhor amigo nunca bebe*, somente 10% dos jovens o faz; e, se a *melhor amiga nunca beber*, apenas 11% dos jovens bebe.

Na análise dos períodos do dia em que os jovens mais consomem bebidas alcoólicas, a noite parece reunir o maior consenso. Assim, quando questionados sobre - *Quando saís com os teus amigos à noite és capaz de não beber?* - 48% dos jovens afirmam *tenho a certeza que não bebo* ou *tenho alguma certeza de que não bebo*; *Quando estás na discoteca com os teus amigos és capaz de não beber?* - 49% também o afirmam, mas, quando comparado com - *Quando saís com os teus amigos à tarde és capaz de não beber?* - 86% respondem o mesmo. Também Mendes e Lopes (2007) observaram que os jovens que costumam sair à noite apresentam valores médios superiores de consumo de bebidas alcoólicas, quando comparados com os que não o costumam fazer. Contudo, a RSV (2004) constatou que, quando questionados sobre o consumo de bebidas alcoólicas à noite, 45% dos jovens referiram nunca consumir, 37% *raramente* ou *algumas vezes*.

Podemos assim constatar que as preferências dos jovens para a iniciação do consumo de bebidas alcoólicas parecem manter-se após essa iniciação, e no que respeita ao local, este parece estar mais associado a bares/discotecas.

Procuramos analisar, de seguida, os principais motivos apontados pelos jovens, para o consumo de bebidas alcoólicas (ver tabela 4).

Tabela 4

Motivos para o consumo de bebidas alcoólicas

Estudos	Mais escolhidos		Motivos				Menos escolhidos	
RSV (2004)	gosto do sabor (41%)	divirto mais (19%)	comemorar as festa (15%)	os meus amigos também bebem (7%)	maior confiança para meter conversa (5%)			
Casal (2007)	divertir-se com os amigos (37%)	experimentar novas sensações (15%)	ajudar a pensar menos nos problemas (4%)	tornar-se mais popular e sociável (1%).				
Lourenço (2008)	paladar (56%)	acompanhar os amigos (43%)	sentir-me como adultos (1%)					
Salvador (2008)	mais animado (79%)	sabor bom / agradável (79%)	mais sociável (46%)	mais confiante (45%)				
Teixeira (2008)	poder disfrutar melhor as festas e a noite (57%)	gosto e dá-me prazer (54%)	quase todos os meus amigos o fazem (28%)					
Martins (2009)	gostar (38%)	diversão (35%)	socializar (11%)	experiência (11%)	sabor (3%)	curiosidade (3%)		
Reis e col. (2011)	acompanhar amigos (50%)	gosto pelo paladar (33%)						

Podemos assim constatar que a diversão é referida em cinco dos sete estudos analisados, e sempre nas duas primeiras escolhas. Também o sabor é referido em cinco dos estudos, mas em apenas quatro está nas duas primeiras escolhas. Neste sentido, quando Salvador (2008) questionou os jovens relativamente à perceção do sabor das bebidas alcoólicas, constatou que a maioria (56%) afirmava serem *agradáveis* ou *muito agradáveis*, embora para 31% elas fossem *nem agradáveis, nem desagradáveis*.

Será ainda de realçar o aspeto socializante do consumo de bebidas alcoólicas, que é referido em três dos sete estudos. Contudo, e relativizando a importância do consumo de bebidas alcoólicas como meio facilitador da socialização, constatou-se no estudo da RSV (2004) que 85% dos jovens referiram *discordar* ou *discordar muito* da

afirmação - *beber álcool pode ser uma boa forma de fazer amizades, e no estudo de Casal (2007) 57% dos jovens discorda totalmente ou discorda sobre - é fácil relacionarmo-nos com outras pessoas depois de termos consumido bebidas alcoólicas.*

No que concerne ao consumo de bebidas alcoólicas entre pares, parece verificar-se, no estudo da RSV (2007), uma menor valorização dos mesmos, uma vez que 65% referiram desaprovação face ao *que pensam sobre os colegas que bebem bebidas alcoólicas*, e 67% referiram admiração sobre o *que pensam sobre os colegas que não bebem bebidas alcoólicas*. Pelo contrário, no estudo de Casal (2007) os jovens que mais frequentemente consomem bebidas alcoólicas são aqueles que têm maior número de amigos que também consomem. Assim, poderá compreender-se que, para estes jovens, 51% aceitará uma bebida alcoólica por parte de um amigo, e apenas 38% a recusaria. Também de acordo com estes resultados, Ferreira e Torgal (2010) referem que ter amigos que bebem associa-se significativamente com o consumo de bebidas alcoólicas, porque a percentagem de inquiridos que ingere álcool e cujos amigos bebem (65,%) é superior à dos que consomem sem que os amigos o façam (25%). Neste contexto, parece ser importante perceber como os jovens percebem a influência dos seus pares, porque, no estudo de Salvador (2008), quando questionados sobre se são pressionados pelos seus amigos para beber, 52% afirmam que *nunca* e 30% *raras vezes*.

No que respeita ao contexto, festivo ou não, onde decorre o consumo de bebidas alcoólicas, as ocasiões festivas são referidas em dois estudos. Para Lomba e colaboradores (2011), este consumo “*integra-se no contexto sociocultural português, em que o álcool está instituído como um elemento naturalmente constituinte de eventos sociais, festivos e de diversão*” (p. 10)

Por fim, e embora não seja referido como um dos motivos mais frequentes, os resultados descritos por Balsa e colaboradores (2011) reforçam o caráter significativamente mais experimental do consumo de bebidas alcoólicas para o grupo etário dos 15 aos 24 anos (59,5%) face ao consumo regular.

Alguns autores procuraram, ainda, verificar se os motivos para o consumo de bebidas alcoólicas variavam com o género, mas os resultados obtidos parecem divergir: em Teixeira (2008) eles variam de forma significativa e em Reis e colaboradores (2011) não acontece.

A embriaguez

É grande a diversidade de valores que são descritos na literatura relativos à vivência da embriaguez, como se pode verificar na tabela 5. Contudo, a análise destes dados é condicionada pelas metodologias (disposição das variáveis) e pelas amostras (faixas etárias) utilizadas.

Tabela 5

Jovens que já experimentaram a embriaguez

Estudo	% face à amostra total	% face aos jovens que já iniciaram o seu consumo		Características da amostra	
Casal (2007) – raparigas	12		316	3º Ciclo do Ensino Básico e Ensino Secundário	13-18
Casal (2007) – rapazes	35				
Ferreira e Torgal (2010) – raparigas	9	40	680	Ensino Secundário	15-19
Ferreira e Torgal (2010) - rapazes	10	49			
Pereira (2003)	49	55	184	12º ano	16-22
Magalhães (2010) - Meio Interior	63		360	Ensino Secundário	14-21
Magalhães (2010) - Meio Litoral	34				
Matos et al. (2012)	40		1900	10º ano	

Segundo Ferreira e Torgal (2010), não se constataram diferenças entre os dois sexos relativas à experiência da embriaguez. Contudo, para Matos e colaboradores (2012), os rapazes apresentaram maior frequência de embriaguez.

Quando analisada a evolução da experiência da embriaguez na adolescência verificamos que ela é significativa, sendo mais frequente nos jovens mais velhos (Ferreira & Torgal, 2010). Também, Matos e colaboradores (2012) constataram uma evolução significativa do número de jovens que experienciaram a embriaguez (9% dos jovens do 6º ano, 22% dos do 8º e 40% do 10º ano).

Por outro lado, Balsa e colaboradores (2011) contataram que a percentagem de indivíduos que se embriagaram aumentou de 15% em 2001, para 21% em 2007, dados esses relativos a indivíduos com idades superiores a 15 anos.

Podemos assim inferir uma tendência para o aumento da experimentação da embriaguez por partes dos jovens ao longo da adolescência e, uma menor diferenciação entre os sexos.

O consumo de bebidas alcoólicas e o lazer

No que respeita ao consumo de bebidas alcoólicas e a ocupação nos tempos livres (e.g. prática de desporto, utilização da televisão e do computador, participação em atividades associativas e a frequência de bares e discotecas), apenas a última apresenta uma correlação positiva moderada com a frequência de consumo de bebidas alcoólicas (Casal, 2007). Neste sentido, e para Lomba e colaboradores (2011), os ambientes recreativos noturnos detêm atualmente um maior protagonismo na vida dos jovens, verificando-se a generalização e normalização do consumo recreativo de bebidas alcoólicas.

Como podemos constatar através desta breve revisão da literatura, o consumo de bebidas alcoólicas parece muito associado à presença dos amigos, a locais de diversão/convívio e a ocasiões festivas. Isto sugere um consumo muito associado a momentos

de determinado tipo de lazer. Contudo, e de acordo com os resultados obtidos, não conhecemos muitos estudos que aprofundem o conhecimento desta relação, pelo que seria um campo de investigação a explorar, dada a pertinência da temática.

Bibliografia

- Balsa, C., Vitale, C., & Pascueiro, L. (2011). *O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal 2001-2007: prevalência e padrões de consumo*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Boné, M., & Bonito, J. (2011). Compreender o consumo e a abstinência de bebidas alcoólicas entre os alunos do 12.º ano de escolaridade no concelho de Estremoz. Retirado de http://dSPACE.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/4351/1/Alcool_Bone_Bonito_fulltext.pdf
- Carvalho, A. C., & Leal, I. P. (2006). Construção e validação de uma escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(2), 287-297.
- Casal, A. (2007). *A Escola na prevenção de comportamentos de risco: o tabagismo e o consumo de álcool*. Aveiro: Universidade de Aveiro. (Tese de Mestrado) Retirado de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4609/1/210072.pdf>
- Corte-Real, N., Balaguer, I., Dias, C., Corredeira, R., & Fonseca, A. (2008). Actividade física, prática desportiva, consumo de alimentos, de tabaco e de álcool dos adolescentes portugueses. *Saúde dos adolescentes*, 26(2), 17-25.
- Ferreira, M. M., & Torgal, M. C. (2010). Consumo de tabaco e álcool na adolescência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(2), 255-261.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. & Kokkevi, A. (2012). *The 2011 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).
- Lomba, L., Apóstolo, J., Mendes, F., & Campos, D. C. (2011). Jovens portugueses que frequentam ambientes recreativos nocturnos. Quem são e comportamentos que adoptam. *Revista toxicodependências*, 17(1), 3-15.
- Lourenço, F. C. (2008). *Consumo de álcool nos adolescentes numa escola secundária do Vale do Sousa*. (Licenciatura), Universidade Porto. Retirado de http://ufpbdigital.ufp.pt/dSPACE/bitstream/10284/1591/1/mono_14581.pdf
- Magalhães, I. M. (2010). *Consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas nos jovens: um estudo comparativo entre meio litoral e interior*. Porto: Universidade Fernando Pessoa, (Tese de Mestrado). Retirado de http://ufpbdigital.ufp.pt/dSPACE/bitstream/10284/1674/1/DM_10841.pdf
- Marinho, R. A. (2008). O álcool e os jovens. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*(24), 293-300.
- Martins, J. R. (2009). *O consumo de bebidas alcoólicas nos adolescentes*. Porto: Universidade Fernando Pessoa., Retirado de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1385/1/mono_joanamartins.pdf
- Matos, M. G., Simões, C., Camacho, I., Tomé, G., Ferreira, M., Ramiro, L. (2012). Tabaco, Álcool e Drogas. [http://aventurasocial.com/arquivo/1332166467_04%20Tabaco.%20Alcool%20e%20Drogas%20\(1\).pdf](http://aventurasocial.com/arquivo/1332166467_04%20Tabaco.%20Alcool%20e%20Drogas%20(1).pdf)
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L. (2012). *A Saúde dos adolescentes portugueses - Relatório do estudo HBSC 2010* Retirado de http://aventurasocial.com/arquivo/1334762276_Relatorio_HBSC_2010_PDF_Finalissimo.pdf
- Mendes, V., & Lopes, P. (2007). Hábitos de consumo de álcool em adolescentes. *Revista toxicodependências*, 13(2), 25-40.
- Pereira, M. M. (2003). Consumo de álcool na adolescência e relações parentais. *Interações*(5), 179-188.
- Pinto, M. A. (2004). *Actividade Física e Consumo de Tabaco, Álcool e Haxixe - Estudo realizado com adolescentes do Distrito da Guarda*. Porto: Universidade do Porto. (Tese de Mestrado) Retirado de http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9861/5/5064_TM_01_P.pdf
- Reis, A., Barros, J., Fonseca, C., Parreira, L., Gomes, M., Figueiredo, I. (2011). Prevalência da INgestão de Álcool nos Adolescentes – Estudo PINGA. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*(27), 338-346.
- RSV. (2004). *Adolescentes e álcool: estudo do comportamento de consumo de álcool na adolescência*. Vizela: Conselho Local de Acção Social de Vizela e Câmara Municipal de Vizela.
- Salvador, M. T. (2008). *O significado e percepção das consequências do consumo de álcool da população adolescente de um colégio particular em Lisboa*. Lisboa: Universidade Aberta. (Tese de Mestrado) Retirado de <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/700/1/LC402.pdf>
- Sousa, F. C., Abrão, A. M., Morgado, A., Conboy, J., Oliveira, M. D., & Pires, D. (Eds.). (2008). *O consumo de bebidas alcoólicas na população escolar juvenil - modelo de investigação para projetos lectivos*. Loulé: GAIM.
- Teixeira, C. M. (2008). *O consumo de bebidas alcoólicas como lazer*. Vila Real: Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro. (Tese de Doutoramento) Retirado de https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/104/1/phd_cmteixeira.pdf
- Trindade, I., & Correia, R. (1991). Adolescentes e álcool: estudo do comportamento de consumo de álcool na adolescência. *Análise Psicológica*, 17(3), 591-598.
- Vilela, L., Macho, P., & Almeida, G. (2011). Consumo de álcool em adolescentes e psicopatologia associada. *Revista toxicodependências*, 17(1), 43-52.
- WHO. (2011). *The global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization.

Capítulo 3

Alimentação

Obesidade infantil: Dimensão do problema, perspectivas futuras e questões metodológicas

Raquel Leitão^{1,2}, Luís P. Rodrigues³, Luísa Neves¹ & Graça S. Carvalho²

¹Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Educação

²CIEC, Centro de Investigação em Estudos da Criança.

³Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Desporto e Lazer.

A obesidade infantil tornou-se atualmente na doença nutricional mais prevalente em países desenvolvidos, sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde um dos maiores problemas de Saúde Pública no Mundo. Apesar das variações que se verificam entre países e regiões (Lissau et al., 2004; Yngve et al., 2007) a maioria dos estudos, independentemente dos métodos e critérios utilizados, têm mostrado que a prevalência do excesso de peso e obesidade em idade pediátrica aumentou de uma forma notável (Janssen et al., 2005; Matthlessen, 2008; Prentice, 2006; World Health Organization, 1998).

Portugal parece seguir esta tendência. Dados de um estudo nacional (Padez, Fernandes, Mourão, Moreira, & Rosado, 2005) mostraram uma prevalência de sobrepeso e obesidade de 31,5% em crianças com idades compreendidas entre os sete e os nove anos. Da comparação deste resultado com dados publicados pela International Obesity Task Force (IOTF), Portugal surgiu entre os países europeus com maior prevalência de sobrepeso/obesidade infantil, tais como Malta, Grécia, Espanha e Itália, curiosamente, todos países Mediterrânicos. Este aparente gradiente norte-sul nas taxas de obesidade continua por esclarecer (Lissau, 2004).

A preocupação suscitada pela prevalência crescente da obesidade, em idades jovens, justifica-se desde logo pelo risco de problemas psicossociais associados. Também tem sido demonstrado que fatores de risco cardiovascular, diabetes tipo 2 e outras doenças crónicas de elevada prevalência nos adultos, relacionadas com obesidade, começam a ser mais comuns em crianças e adolescentes (Freedman, Diet, Srinivasan, & Berenson, 1999; Güven & Sanisoglu, 2008; Must & Anderson, 2003; Reilly et al., 2003; Reinehr, Kiess, Sousa, Stoffel-Wagner, & Wunsch, 2006; Teixeira, Sardinha, Going, & Lohman, 2001). Num estudo que avaliou especificamente o perfil lipídico de crianças, verificou-se que as que tinham excesso de peso e obesidade apresentavam níveis superiores de triglicédeos e colesterol relativamente aos seus pares de peso normal (Manios et al., 2004). Para além destas evidências, ainda se sabe que crianças e adolescentes obesos têm fortes possibilidades de transportarem o problema para a idade adulta (Deshmukh-Taskar et al., 2006). Os resultados de um estudo realizado na Nova Zelândia (Williams, 2001) mostraram que os rapazes com um Índice de Massa Corporal (IMC) acima do percentil 75 aos 7 anos, tinham uma probabilidade 4 vezes maior de terem sobrepeso aos 21 anos, do que os que apresentavam um IMC num percentil inferior. Noutro estudo (Kimm et al., 2002) que teve como objetivo investigar o desenvolvimento da obesidade em raparigas norte-americanas por um período de 10 anos, a duplicação da prevalência de sobrepeso e obesidade durante a adolescência foi surpreendente: Aos 19 anos, mais de metade das raparigas de raça negra tinham sobrepeso e mais de um terço eram obesas, sendo que entre as raparigas de raça branca, quase metade tinha sobrepeso e praticamente uma em cada cinco era obesa.

Entre os vários fatores possíveis de originar obesidade, são os ambientais ou comportamentais os que mais têm sido destacados pela epidemiologia moderna, pelo facto de serem os que sofreram as maiores alterações nos últimos tempos. A obesidade entendida como resultado de um desequilíbrio entre a energia obtida pelos alimentos e a energia despendida com atividade física, sustenta a necessidade de se investir mais nas crianças e nos adolescentes (Huang & McCrory, 2005). Por um lado, porque constituem um grupo vulnerável às *pressões* ambientais que têm implicações no seu crescimento e saúde na vida adulta, e por outro, porque intervenções que resultem na construção de comportamentos alimentares e de atividade física saudáveis, para além da vertente preventiva, traduzem-se em benefícios sociais e de saúde imediatos (Baranowski, Mendlein, & Resnicow, 2000).

A eficácia das estratégias de prevenção da obesidade não está bem documentada (Müller, Asbeck, & Mast, 2001). Especificamente para intervenções em contexto escolar, apesar de determinados programas de combate ao excesso de peso se terem mostrado promissores (Danielzik, Pust, & Asbeck, 2007; Foster, Sherman, & Borradaile, 2008; Gortmaker, Peterson, & Wiecha, 1999), permanecem ainda dúvidas quanto à extensão do seu impacto e quanto ao seu mérito em circunstâncias distintas (Flynn, McNeil, & Maloff, 2006; Kropiski, Keckley, & Jensen, 2008). Não obstante, existe consenso em relação à posição ideal que o contexto e a educação escolares assumem no âmbito da promoção da saúde. De facto, a escola oferece oportunidades únicas para o conhecimento, desenvolvimento e valorização de hábitos de vida saudável, intervindo nomeadamente a nível da educação alimentar e física, pilares fundamentais para a prevenção da obesidade e das suas consequências (Coelho et al., 2008; Story, Karen, & French, 2006). Para planear medidas eficazes de prevenção da obesidade é fundamental conhecer a forma como atualmente está a evoluir ao longo da vida, com destaque para os períodos de alterações fisiológicas da composição corporal relacionadas com o

crescimento. Isto implica a realização de estudos longitudinais, que neste âmbito, ainda são escassos em Portugal (Moreira, 2007). A investigação de fatores que interagem a diferentes níveis: sociocultural, intra e interpessoal, e ambiental, que influenciam os comportamentos de saúde e que apresentam uma expressão relevante em contexto escolar, assume importância paralela. Desta forma, estudos que analisem conjuntamente os referidos aspetos apresentam especial relevância pois permitem avaliar a importância relativa de cada nível ecológico sobre os padrões de desenvolvimento de adiposidade. A sua compreensão poderá ajudar na identificação quer de fatores de risco, quer de fatores protetores da obesidade na infância e na adolescência.

Apesar de podermos definir a obesidade como sendo simplesmente um excesso de gordura corporal, ainda não existe consenso quanto à forma mais adequada de a medir e quanto ao *cut-off* que define *excesso*. De facto não há um sistema de classificação de obesidade na infância e na adolescência universalmente aceite (Dai, Labarthe, Grunbaum, Harist, & Mueller, 2002; Neovius, Linné, Barkeling, & Rossner, 2004). O IMC tem sido largamente utilizado, mas apresenta limitações como indicador de adiposidade e pode subestimar a prevalência da obesidade (McCarthy, Ellis, & Cole, 2003). Para além disso, existem problemas adicionais com o uso do IMC como indicador *proxy* de adiposidade em crianças e adolescentes, devido às alterações fisiológicas que ocorrem durante o crescimento e às diferenças entre os padrões de desenvolvimento da gordura corporal entre sexos (Rodríguez et al., 2004; Wickramasinghe et al., 2005). Recentemente foram publicadas curvas de referência de gordura corporal para crianças, determinadas por bioimpedância elétrica, o que representa um progresso importante relativamente a outros sistemas de classificação de obesidade infantil (McCarthy, Cole, Fry, Jebb, & Prentice, 2006). No entanto, a sua utilização apresenta limitações pelo facto da definição dos *cut-off* não ter sido baseada numa correlação clínica.

As pregas cutâneas adiposas constituem um indicador específico da gordura corporal. A sua determinação não é invasiva nem dispendiosa, sendo adequada para a avaliação longitudinal da obesidade em crianças e adolescentes em ambiente escolar (Norgan, 2005). Recentemente foi demonstrado que as pregas cutâneas adiposas em crianças e adolescentes, comparativamente com IMC, são melhores preditores do excesso de massa gorda na idade adulta (Nooyens, 2007; Taeymans, Hebbelink, Borms, Clarys, & Duquet, 2008). A determinação das pregas adiposas, bem como do perímetro da cintura, permite ainda avaliar o tipo de distribuição da gordura corporal. Sabe-se que o padrão de distribuição da gordura corporal tem implicações sobre o risco de doença, independentemente do nível de obesidade, e há estudos que mostram uma tendência crescente para o desenvolvimento de uma distribuição central da gordura corporal em crianças de ambos os sexos (Moreno et al., 2001). As causas deste fenómeno não estão esclarecidas, mas está demonstrado que este padrão de deposição de gordura, conhecido por *andróide*, apresenta maior risco para distúrbios metabólicos e cardiovasculares em adultos, adolescentes e até mesmo em crianças (McCarthy et al., 2006; Montague & O'Rahilly, 2000).

Atentos às alterações antropométricas e da composição corporal observadas em crianças dos países desenvolvidos e ao seu efeito sobre a saúde humana, investigadores do Laboratório de Motricidade Humana da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo delinearam o *Estudo Morfofuncional da Criança Vianense* (EMCV), que teve início em 1996 (Rodrigues & Bezerra, 2004). Um dos principais objetivos do referido estudo longitudinal foi caracterizar normativamente as variáveis de crescimento morfológico e de aptidão física ao longo do desenvolvimento, na população infanto-juvenil do concelho de Viana do Castelo. A deposição de massa adiposa entre os 7 e os 10 anos de idade foi avaliada e os resultados foram preocupantes, dado o elevado número de rapazes a surgir com valores de percentagem de massa gorda (%MG) superiores a 25%. A adolescência, fase na qual se encontram atualmente os participantes do EMCV, é uma fase do crescimento marcada por múltiplas alterações fisiológicas e psicossociais, e tem sido considerada um período crítico para o desenvolvimento da obesidade (Dietz, 1997). Com o objetivo de seguir estas crianças na transição da infância para a adolescência delineou-se um estudo epidemiológico de natureza longitudinal, cujos principais objetivos foram: (1) estudar padrões de evolução da adiposidade e a incidência da obesidade durante um período de seis anos; (2) investigar na amostra fatores socioculturais, intra e interpessoais, e ambientais e suas possíveis associações com os padrões observados; (3) propor formas de intervenção preventivas da obesidade, com base nos resultados obtidos, destacando o papel da escola.

Neste estudo foi dada especial atenção a questões metodológicas que consideramos importantíssimas para a qualidade dos dados e dos resultados, nomeadamente ao sistema de classificação da obesidade. Foram usados dois métodos distintos: IMC e %MG derivada das pregas adiposas. Para a classificação de excesso de peso e obesidade baseada no IMC, os critérios foram os valores de corte da *International Obesity Task Force*, específicos para o sexo e idade (Cole, Bellizzi, Flegal, & Dietz, 2000). Para a classificação da obesidade baseada na %MG, utilizaram-se os valores de corte referenciados à saúde (%MG ≥ 25 e ≥ 30), respetivamente para rapazes e raparigas (Williams et al., 1992). Com a determinação da prevalência e incidência da obesidade através de ambos os métodos, pretendeu-se avaliar o impacto da sua escolha na variação dos resultados e ainda possibilitar a comparação dos resultados obtidos com um maior leque de estudos. A utilização de diferentes métodos de avaliação e sistemas de classificação da obesidade está entre as várias características metodológicas que têm dificultado a comparação de dados entre países e o conhecimento da dimensão real deste problema crescente de saúde pública.

Bibliografia

- Baranowski, T., Mendlein, J., & Resnicow, K. (2000). Physical activity and nutrition in children and youth: An overview of Obesity Prevention. *Preventive Medicine*, 31(2), 1-10.
- Coelho, R., Sousa, S., Laranjo, M. J., Monteiro, A. C., Bragança, G., & Carreiro, H. (2008). Excesso de peso e obesidade: prevenção na escola. *Acta Medica Portuguesa*, 21, 341-344.

- Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K., & Dietz, W. (2000). Establishing a standard definition for overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, *320*, 1240-1243.
- Dai, S., Labarthe, D. R., Grunbaum, J. A., Harrist, R. B., & Mueller, W. H. (2002). Longitudinal changes in indices of obesity from age 8 years to age 18 years. *American Journal of Epidemiology*, *156*, 720-729.
- Danielzik, S., Pust, S., & Asbeck, I. (2007). Four-year follow-up of school-based intervention on overweight children: The KOPS Study. *Obesity*, *15*, 3159-3169.
- Deshmukh-Taskar, P., Nicklas, T. A., Morales, M., Yang, S. J., Zakeri, I., & Berenson, G. S. (2006). Tracking of overweight status from childhood to young adulthood: the Bogalusa Heart Study. *European Journal of Clinical Nutrition*, *60*(1), 48-57.
- Dietz, W. H. (1997). Periods of risk in childhood for the development of adult obesity: what do we need to learn? *Journal of Nutrition*, *127*(9), 1884-1886.
- Flynn, M., McNeil, D., & Maloff, B. (2006). Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obesity Reviews*, *7*(Suppl1), 7-66.
- Foster, G., Sherman, S., & Borradaile, K. (2008). A policy-based school intervention to prevent overweight and obesity. *Pediatrics*, *121*(4), 794-802.
- Freedman, D. S., Dietz, W. H., Srinivasan, S. R., & Berenson, G. S. (1999). The relation of Overweight to Cardiovascular Risk Factors Among Children and Adolescents: The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, *103*(6), 1175-1182.
- Gortmaker, S., Peterson, K., & Wiecha, J. (1999). Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth: Planet Health. *Archives Pediatric Adolescent Medicine*, *153*(4), 409-418.
- Güven, A., & Sanisoglu, S. Y. (2008). Pubertal progression and serum lipid profile in obese children. *Journal Pediatric Endocrinology Metabolism*, *21*(2), 135-146.
- Huang, T., & McCrory, M. (2005). Dairy intake, obesity and metabolic health in children and adolescents: Knowledge and Gaps. *Nutrition Reviews*, *63*(3), 71-80.
- Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Boyce, W. F., Vereecken, C., Mulvihill, C., Roberts, C., et al. (2005). Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity Reviews*, *6*(2), 123-132.
- Kimm, S. Y., Barton, B. A., Obarzanek, E., McMahon, R. P., Kronsberg, S. S., Waclawiw, M. A., et al. (2002). Obesity development during adolescence in a biracial cohort: the NHLBI Growth and Health Study. *Pediatrics*, *110*(5), e54-e54.
- Kropski, J., Keckley, P., & Jensen, G. (2008). School-based obesity prevention programs: an evidence-based review. *Obesity*, *16*(5), 1009-1018.
- Lissau, I. (2004). Overweight and obesity epidemic among children. Answer from European countries. *International Journal of Obesity*, *28*, S10-S15.
- 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 United States. *Archives Pediatric Adolescent Medicine*, *158*, 27-33.
- Manios, Y., Yiannakouris, N., Papoutsakis, C., Moschonis, G., Magkos, F., Skenderi, K., et al. (2004). Behavioral and physiological indices related to BMI in a cohort of primary school children in Greece. *American Journal of Human Biology*, *16*(6), 639-647.
- Matthlessen, J. (2008). Prevalence and trends in overweight and obesity among children and adolescents in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*, *36*(2), 153-160.
- McCarthy, H. D., Cole, T. J., Fry, T., Jebb, S. A., & Prentice, A. M. (2006). Body fat reference curves for children. *International Journal of Obesity*, *30*(4), 598-602.
- McCarthy, H. D., Ellis, S. M., & Cole, T. J. (2003). Central overweight and obesity in British youth aged 11-16 years: cross sectional surveys of waist circumference. *British Medical Journal*, *326*, 624-627.
- Montague, C. T., & O'Rahilly, S. (2000). The perils of portliness. Causes and consequences of visceral adiposity. *Diabetes*, *49*(6), 883-888.
- Moreira, P. (2007). Overweight and Obesity in Portuguese children and adolescents. *Journal of Public Health*, *15*(3), 155-161.
- Moreno, L., Fleta, J., Sarría, A., Rodríguez, G., Gil, C., & Bueno, M. (2001). Secular changes in body fat patterning in children and adolescents of Zaragoza (Spain), 1980-1985. *International Journal of Obesity*, *25*, 1656-1660.
- Müller, M., Asbeck, I., & Mast, M. (2001). Prevention of obesity - more than an intention. Concept and first results of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *International Journal of Obesity*, *25*(1), S66-S74.
- Must, A., & Anderson, S. E. (2003). Effects of obesity on morbidity in children and adolescents. *Nutrition Clinical Care*, *6*(1), 4-12.
- Neovius, M., Linné, Y., Barkeling, B., & Rossner, S. (2004). Discrepancies between classification systems of childhood obesity. *Obesity Reviews*, *5*(2), 105-114.
- Nooyens, A. C., Koppes, L. L., Visscher, T. L., Twisk, J. W., Kemper, H. C., Schuit, A. J., et al. (2007). Adolescent skinfold thickness is a better predictor of high body fatness in adults than is body mass index: the Amsterdam Growth and Health Longitudinal Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, *85*(6), 1533-1539.
- Norgan, N. G. (2005). Laboratory and field measurements of body composition. *Public Health Nutrition*, *8*(7A), 1108-1122.
- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. *American Journal of Human Biology*, *16*, 670-678.

- Prentice, A. M. (2006). The emerging epidemic of obesity in developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 35(1), 93-99.
- Reilly, J. J., Methven, E., McDowell, Z. C., Hacking, B., Alexander, D., L. S., et al. (2003). Health consequences of obesity. *Archives of Disease in Childhood*, 88, 748-752.
- Reinehr, T., Kiess, W., Sousa, G., Stoffel-Wagner, B., & Wunsch, R. (2006). Intima media thickness in childhood obesity. *Metabolism*, 55(1), 113-118.
- Rodrigues, L., & Bezerra, P. (2004). A deposição de massa adiposa ao longo do crescimento (7-10 anos). Rastreo na população infanto-juvenil do Concelho de Viana do Castelo. *Horizonte*, 19, 15-21.
- Rodríguez, G., Moreno, L. A., Blay, M. G., Blay, V. A., Garagorri, J. M., Sarría, A., et al. (2004). Body composition in adolescents: measurements and metabolic aspects. *International Journal of Obesity*, 28, S54-S58.
- Story, M., Karen, M., & French, S. (2006). The Role of Schools in Obesity Prevention. *The Future of Children Journal*, 16(1), 109-142.
- Taeymans, J., Hebbelink, M., Borms, J., Clarys, P., & Duquet, W. (2008). Childhood single skinfold thickness is a better predictor for adult relative fat mass in females than the body mass index: Data from a 30-year longitudinal growth study. *European Journal of Sport Science*, 8(5), 287-294.
- Teixeira, P. J., Sardinha, L. B., Going, S. B., & Lohman, T. G. (2001). Total and regional fat and serum cardiovascular disease risk factors in lean and obese children and adolescents. *Obesity Research*, 9(8), 432-442.
- Wickramasinghe, V. P., Cleghorn, G. J., Edmiston, K. A., Murphy, A. J., Abbott, R. A., & Davies, P. S. (2005). Validity of BMI as a measure of obesity in Australian white Caucasian and Australian Sri Lankan children. *Annals of Human Biology*, 32(1), 60-71.
- Williams, D. P., Going, S. B., Lohman, T. G., Harsha, D. W., Srinivasan, S. R., Webber, L. S., et al. (1992). Body fatness and risk for elevated blood pressure, total cholesterol, and serum lipoprotein ratios in children and adolescents. *American Journal of Public Health*, 82(3), 358-363.
- Williams, S. (2001). Overweight at age 21: the association with body mass index in childhood and adolescence and parent's body mass index. A cohort study of New Zealanders born in 1972-1973. *International Journal of Obesity*, 25, 158-163.
- World Health Organization (1998). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneva: WHO.
- Yngve, A., Bourdeaudhuij, I., Wolf, A., Grjibovski, A., Brug, J., Due, P., et al. (2007). Differences in prevalence of overweight and stunting in 11-year olds across Europe: The Pro Children Study. *European Journal of Public Health*, 18(2), 126-130.

A Obesidade Infantil no concelho de Viana do Castelo: Visão sobre a prevalência e o autoconceito

Filipa Viana¹ & J.L. Pais-Ribeiro²

¹Gabinete de Atendimento à Família de Viana do Castelo

²Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998), a obesidade é considerada uma epidemia global do século XXI, sendo a segunda causa de morte, após o tabagismo. Portugal não foge à regra, verifica-se um aumento preocupante da obesidade em todos os grupos etários, abrangendo na sua teia todos os níveis socioeconómicos e educacionais, com início na infância.

A obesidade é um problema multifatorial e heterogéneo e é definida como uma acumulação excessiva de tecido adiposo, que resulta no aumento do peso corporal. A pessoa denominada obesa excede o peso em 20% do que seria adequado para a sua idade, sexo, estatura e constituição física (Fernández & Ros, 2003). A terminologia *excesso de peso* aplica-se quando o valor de massa corporal se encontra entre a massa tida como normal e a obesa (o peso do corpo é superior a 10 ou 15% do peso ideal), podendo resultar do excesso de gordura corporal ou de valores elevados de massa magra (Viana, 2002).

Considerada como um novo síndrome mundial, apresenta uma elevada prevalência nos países desenvolvidos (segundo Luiz, Gorayeb, Liberatore & Domingos, nos EUA, em 2005, a obesidade afetava um terço da população geral e 20% das crianças). Emerge também significativamente nos países em vias de desenvolvimento, atingindo ambos os sexos, raças e faixas etárias (Tojo, 2001, citado por Fernández & Ros, 2003).

À escala mundial, mais de 22 milhões de crianças, com menos de cinco anos apresentam excesso de peso. Relativamente às crianças em idade escolar (6 -17 anos), 150 milhões têm excesso de peso, e 45 milhões são obesas. Assim, a obesidade é mais comum durante o primeiro ano de vida, entre os cinco e os seis anos de idade e na adolescência. Na Europa a visão é semelhante, a International Obesity Task Force (2005) estima que uma em cada cinco crianças apresenta excesso de peso. E, anualmente, 400 mil crianças juntam-se aos já 14 milhões com sobrepeso, das quais três milhões são obesas.

Quanto à prevalência da obesidade na população infantil portuguesa, uma investigação realizada por Padez, Fernandes, Mourão, Moreira e Rosado (2004) revelou que 20,3% de crianças apresentavam sobrepeso e 11,3% obesas, num total de 31,6% de crianças com peso excessivo. Assim, procurou-se comparar e analisar a existência de progressão do Índice de Massa Corporal (IMC) desde 1970, das crianças entre os sete e os nove anos de idade. A amostra abrangeu 4511 crianças, escolhidas de forma aleatória que frequentavam o ensino público. Os resultados indicaram que as raparigas apresentam uma percentagem mais elevada que os rapazes, exceto na faixa etária dos nove anos. Além disso, desde 1970-1992, e de 1992-2002, o IMC aumentou a diferentes velocidades, sendo que no último período a progressão foi muito mais rápida, devido ao desenvolvimento económico-social que o país experienciou.

Várias mudanças surgiram, entre as quais se salienta o tipo de alimentação. De acordo com Ribeiro (2005), a alimentação, para um grande número de pessoas, deixou de constituir uma atividade indispensável na rotina diária, para se tornar um comportamento de escolha que ocorre sobre influência do *marketing* e da moda. A história pessoal, familiar e sociocultural permite compreender o porquê da adoção de determinados hábitos alimentares. O paladar, o aspeto, a acessibilidade e a facilidade em preparar as refeições são elementos, que mais do que o conhecimento das vantagens para a saúde, condicionam as escolhas alimentares que a pessoa toma (Glanz et al., 1998, citado por Viana, 2000).

Segundo Varo et al. (2003, citado por Padez et al., 2004), Portugal apresenta a maior percentagem na União Europeia de adultos com estilo de vida sedentário (87,8%). Esta constatação pode suscitar a formulação da hipótese que as crianças podem adotar o estilo de vida parental, contribuindo para o aumento de crianças com excesso de peso/obesidade.

Comparativamente com os países da Europa, em que se realizou o mesmo tipo de estudo, Portugal segue a média dos países mediterrâneos (os valores mais elevados de excesso de peso/obesidade encontram-se em Itália; já a Espanha (30%) e a Grécia (31%) seguem a tendência portuguesa (Padez et al., 2004). Igualmente, as ilhas mediterrânicas de Malta, Sicília, Gibraltar e Creta ostentam índices de obesidade/excesso de peso na ordem dos 30%, entre crianças dos sete aos 11 anos. A Inglaterra, Irlanda, Chipre e Suécia apresentam valores inferiores a 30%, enquanto a França, Suíça, Polónia, República Checa, Hungria, Alemanha, Dinamarca e Holanda exibem valores de prevalência de 10 a 20 % para a mesma faixa etária (IOTF, 2005).

No que diz respeito a estudos regionais realizados neste âmbito são de salientar os seguintes: Na cidade de Coimbra, uma investigação com crianças dos três aos seis anos de idade revelou que 31,9% apresentam excesso de peso e 10,5% são obesas (Rito, 2001); em 2004, no Concelho de Faro, constatou-se que 39% das crianças entre os seis e os

10 anos apresentam excesso de peso e obesidade, tendo o sexo feminino exibido uma maior percentagem de obesidade (14% vs 12,3%) (Diniz, 2004); no mesmo ano e em Sintra, o cenário foi similar, o estudo efetuado pela dietista Ferreira (2004) apontou para uma percentagem de 23% de crianças com excesso de peso e 12,6% de crianças obesas, todas pertencentes à faixa etária dos seis aos 10 anos de idade, sendo o excesso de peso mais prevalente nos rapazes e a obesidade mais elevada nas raparigas, igualmente, concluiu que a obesidade parental é um fator de risco para a obesidade infantil, uma vez que a prevalência de excesso de peso e obesidade é significativamente superior nas crianças cujos pais apresentam um IMC mais elevado.

Na sequência no acima referido, no Concelho da Ribeira Grande avaliou-se a prevalência da obesidade infantil em crianças que frequentavam o 1º ciclo do ensino básico, utilizando a classificação da IOTF, tendo os resultados demonstrado que 28,9% de crianças apresentam excesso ponderal, das quais 18,6% tem excesso de peso e 10,3% tem obesidade. Além disso, a prevalência de excesso de peso foi superior no sexo feminino e a de obesidade ligeiramente mais elevada no sexo masculino. As regiões Autónomas da Madeira e dos Açores também foram alvo de estudo, utilizando a mesma classificação (Cole et al., 2000), tendo-se verificado que as crianças, com idades compreendidas entre os seis e os 10 anos, apresentavam para o excesso de peso uma percentagem de 16,9% (Madeira) e 15% nos Açores, e para a obesidade 12% e 9,3%, respetivamente.

A Obesidade e o Autoconceito

O autoconceito pode ser definido como “*um conjunto de pensamentos e sentimentos que se referem ao self enquanto objeto*” (Rosenberg, 1979, citado por Neto, 1998, p. 143). A definição que se faz acerca de si próprio tem em consideração as diferenças em relação a outras pessoas, o que ilustra a influência dos fatores sociais. Muitas vezes, as crianças obesas são designadas, de forma estereotipada, como lentas, preguiçosas e caprichosas, sendo alvo de adjetivos inadequados e pejorativos como *gordinho*, *baleia*, *bolinha*. Existindo muitos casos em que tais atribuições são iniciadas pela própria família. Assim, é possível que elas se comportem de forma consistente com as expectativas externas, uma vez que os pais são os principais agentes de socialização na infância e as atitudes que transmitem têm um efeito muito significativo e perene sobre as crianças (Neto, 1998). Este tipo de afirmações constitui uma verdadeira armadilha para o desenvolvimento do autoconceito da população infantil, já que seria de esperar que a criança se sentisse respeitada e valorizada no seio da sua família. A criança ao incorporar nas descrições de si próprio a opinião dos outros, desvaloriza as suas capacidades, não acredita em si própria, desistindo e evitando situações que a desafiem (Faria, 2005). Desta forma, o impacto psicológico que a obesidade assume na faixa etária escolar (6-12 anos) pode ser determinante na gênese de perturbações que podem afetar estes sujeitos durante toda a vida (Dietz, 1995, citado por Viana, 2000).

No âmbito do estudo da obesidade, torna-se crucial perceber como o indivíduo obeso se autoavalia, nomeadamente o seu autoconceito em relação à aparência física e outros atributos pessoais, com a finalidade de verificar a sua adesão a um tratamento. Os investigadores Dechen, Cano e Ribeiro (2000, citado por Carvalho et al., 2005) identificaram verbalizações de descontentamento com o excesso de peso e perceções de carácter negativo face a si mesmas, em crianças que foram à primeira consulta de obesidade, e que se queixavam de ser alvo de troça dos seus pares.

No estudo que Carvalho et al. (2005) realizaram sobre o que pensam as crianças obesas sobre os seus corpos, dirigido a crianças obesas e não obesas com idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos, concluíram que, embora não tenham encontrado diferenças significativas, as obesas estão mais insatisfeitas com o seu corpo e aparência. No entanto, este autoconceito que elas apresentam não é totalmente negativo, uma vez que tendem a corroborar com afirmações positivas sobre determinadas características, como ter olhos bonitos, ter um rosto agradável e ser bonito. Deste modo, os teóricos concordam que é bastante importante dar ênfase à avaliação desses outros aspetos que podem constituir o contraponto com as insatisfações, auxiliando a criança a estruturar-se e a minorar as suas preocupações com a obesidade. Contudo, é importante ter em consideração que as crianças não obesas, embora menos preocupadas, também manifestam insatisfação com a aparência física.

A literatura sobre o desenvolvimento refere que na pré-adolescência e na adolescência há uma tendência para as atribuições negativas de si mesmo (Harter, 1990, citado por Carvalho et al., 2005). Este facto é suportado por diversas investigações que revelam que a sociedade contemporânea exerce uma forte pressão na procura de um *corpo perfeito*, sendo os indivíduos lembrados constantemente deste facto através dos *media*. O domínio físico exerce um papel importante, desde a infância, no ajustamento psicossocial do indivíduo, de forma precoce e gradual, a criança recebe *feedback* direto e indireto acerca da sua condição física, da sua atratividade, do seu peso e estatura e da forma como se veste (Veloso, 2006). Assim se conjectura, que o facto da sociedade reagir negativamente em relação aos indivíduos que não atingem o *ideal do corpo*, reflete-se nas reações e atitudes dos sujeitos obesos, que tendem a fazer autoatribuições depreciativas em relação a si próprios e a apresentar um autoconceito comprometido (Barlow, 1993/1999, citado por Simões & Meneses, 2007).

Num estudo conduzido pelas investigadoras Simões e Meneses (2007) verificou-se que o grupo não obeso exibiu valores médios significativamente mais elevados no aspeto da *Competência atlética* e da *Aparência física*. Já os sujeitos obesos, que se encontravam a frequentar a consulta de obesidade no hospital, apresentavam valores mais significativos na *Atitude Comportamental* e na *Competência Escolar*. Estes resultados subentendem que este grupo de crianças obesas poderá sentir-se mais desvalorizado em relação à aparência física, mas *esforça-se* mais noutros domínios, melhorando a percepção de competência.

A presente investigação compreendeu dois estudos independentes, sequenciais e interligados. O primeiro estudo comporta como objetivo geral: Verificar a prevalência da Obesidade Infantil no Concelho de Viana do Castelo,

determinando o IMC de crianças que frequentam o primeiro ciclo do Ensino Básico. O segundo estudo tem como objetivo compreender a relação entre a variável psicológica – autoconceito - e a obesidade infantil.

Método

Primeiro estudo

Foram abrangidas neste estudo nove escolas públicas do primeiro ciclo do ensino básico, localizadas no Concelho de Viana do Castelo, sendo a amostra selecionada aleatoriamente e constituída por 530 alunos - 264 do sexo masculino e 266 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os seis e os 11 anos de idade, inscritos nos quatro anos do primeiro ciclo, do ano letivo de 2007/2008. A média das idades é de 7,9 anos e o desvio padrão de 1,2 e a média dos anos de escolaridade é de 2,5 e o desvio padrão de 1,07.

Recorreu-se à avaliação antropométrica, para se determinar o IMC usando-se as seguintes medidas: o peso e a estatura. Após o cálculo, $IMC = \text{Peso}/\text{Altura}^2$, a determinação do grau de obesidade foi baseada nos pontos de corte do IMC estabelecidos pela classificação da IOTF (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000).

O processo de recolha de dados ocorreu no período entre março e junho de 2008. Os agrupamentos de escolas e os encarregados de educação autorizaram a participação das crianças através de um formulário de consentimento informado, no qual também estava explícito que a participação era anónima e facultativa. A escolha das nove escolas do primeiro ciclo do ensino básico que integraram o estudo obedeceu a critérios de localização geográfica, de representação equitativa de idades e género e, ambiente socioeconómico (todas escolas públicas). A seleção da amostra foi totalmente aleatória, os dados foram recolhidos em quatro turmas por escola.

Segundo estudo

A amostra é constituída por 60 crianças residentes do Concelho de Viana do Castelo, pertencentes à faixa etária dos seis aos 12 anos ($M = 8,90$, $DP = 1,68$), sendo 48,3% ($n=29$) do sexo masculino e 51,7% ($n=31$) do sexo feminino. Constituíram-se dois grupos distintos: O grupo das crianças obesas (grupo de estudo) composto por 30 crianças, 16 do sexo feminino e 14 do sexo masculino, que apresenta excesso de peso e obesidade, e frequenta pela primeira vez a consulta externa de nutrição da unidade de pediatria do Centro Hospitalar de Viana do Castelo; e, o grupo não obeso (grupo comparativo) constituído por 30 crianças, 15 raparigas e 15 rapazes, que evidencia um peso normal e frequenta a consulta externa de pediatria do mesmo Centro Hospitalar, como rotina. Foram considerados como critérios de exclusão do grupo de crianças não obesas – a existência de doença física. Do grupo de crianças obesas – a existência de outra doença e o acompanhamento em consultas de nutrição e psicologia do Centro Hospitalar, por forma a evitar o viés dos resultados.

O instrumento utilizado neste estudo foi a escala de Autoconceito: Piers-Harris Children's Self Concept Scale (PHCSCS-2), recentemente revista e publicada em versão reduzida (Piers & Hertzberg, 2002, citado por Veiga, 2006). Esta nova versão é adaptada para a população portuguesa (Veiga, 2006), está reduzida a 60 itens, para os quais a criança deve assinalar sim ou não. Este instrumento abrange seis fatores: Aspeto comportamental (AC), ansiedade (AN), estatuto intelectual e escolar (EI), popularidade (PO), aparência e atributos físicos (AF) e satisfação e felicidade (SF).

Os dados foram recolhidos no âmbito da consulta externa de pediatria entre agosto e outubro de 2008. Para a realização deste estudo foi previamente solicitada a autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Alto Minho. Tendo sido respeitada a declaração de Helsínquia na recolha e tratamento dos dados e cumprido o consentimento informado, existindo sempre o cuidado de explicitar a cada encarregado de educação o objetivo e natureza desta investigação, assegurando a confidencialidade do mesmo.

Resultados

Na amostra participante do primeiro estudo verifica-se um total de 42,7% de crianças com excesso ponderal, das quais 23,4% tem excesso de peso e 19,3% tem obesidade. A restante amostra demonstra uma percentagem de 41,5% com peso normal e 15,8% com peso abaixo do considerado normal. Observando as prevalências de excesso de peso e obesidade por sexo, encontra-se um total de 46,8% no sexo feminino bastante superior à do sexo masculino (39,4%), sendo a prevalência de excesso de peso superior nas raparigas (25,2% vs 21,6%) e na obesidade também (sexo feminino 20,7% e sexo masculino 17,8%).

No que concerne ao fator idade observa-se que aos oito anos de idade existe uma prevalência de excesso de peso superior ($n=36$) e aos sete anos uma prevalência mais elevada de obesidade ($n=34$). Quanto à distribuição por anos de escolaridade, verifica-se que a incidência de crianças com excesso de peso e obesidade é superior no segundo ano de escolaridade ($n=36$ e $n=32$, respetivamente).

Comparativamente com as investigações já realizadas neste âmbito observa-se que o presente estudo demonstra uma prevalência muito elevada (42,6%) de excesso de peso (23,4%) e obesidade (19,2%), relativamente a todos os estudos regionais citados e, inclusivamente, sobre o estudo nacional (31,6%) de Padez et al. (2004).

Quadro 1:

Comparação dos diferentes estudos realizados sobre a Prevalência do Excesso de peso e Obesidade realizados em Portugal

Local, ano	Faixa etária	Classificação	Excesso de peso (%)	Obesidade (%)	Excesso de peso + Obesidade
Viana do Castelo, 2008	6 – 11 anos	Cole et al. (2000)	23,4%	19,2%	42,6%
Ribeira Grande, 2006	6 – 13,5 anos	Cole et al. (2000)	18,6%	10,3%	28,9%
Sintra, 2004	6 – 10 anos	Cole et al. (2000)	23%	12,6%	35,6%
Região Autónoma dos Açores, 2002	6 – 10 anos	Cole et al. (2000)	15%	12%	27%
Região Autónoma da Madeira, 2002	6 – 9 anos	Cole et al. (2000)	16,9%	9,3%	26,2%
Portugal, 2004	7 – 9 anos	Cole et al. (2000)	20,3%	11,3%	31,6%

No que diz respeito ao segundo estudo, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, as crianças obesas apresentam um autoconceito inferior relativamente às não obesas.

Quadro 2

Comparação do Autoconceito global de crianças obesas e não obesas

	Crianças obesas n=30		Crianças não obesas n=30		t	p
	M	SD	M	SD		
Autoconceito Global	40,23	11,47	45,60	7,75	2,12	0,03

$p < 0,05$.

Relativamente aos domínios específicos da escala de autoconceito utilizada, observa-se que existem diferenças significativas entre os dois grupos quanto à *popularidade*, *estatuto intelectual e escolar* e *satisfação e felicidade*, em que as crianças obesas demonstram valores médios significativamente mais baixos. Quanto aos fatores *aspeto comportamental*, *aparência e atributos físicos* e, *ansiedade* não se evidenciam diferenças entre os grupos. Constata-se que o grupo das crianças obesas apresenta em todos os fatores analisados valores inferiores comparativamente com o grupo das não obesas.

Quadro 3

Diferenças de Médias dos fatores que constituem o Autoconceito relativamente ao grupo de estudo e grupo comparativo

Sub-escala	Crianças obesas n=30		Crianças não obesas n=30		t	p
	M	SD	M	SD		
Aspeto Comportamental	10,37	3,04	10,67	2,92	0,38	ns
Aparência e Atributos físicos	3,90	2,05	4,73	1,55	1,77	ns
Popularidade	6,30	2,40	7,80	1,64	2,81	<0,001
Estatuto intelectual e escolar	8,43	3,46	10,13	2,56	2,16	0,03
Ansiedade	4,67	2,26	4,97	1,47	0,60	ns
Satisfação e Felicidade	6,57	1,30	7,30	0,98	2,45	0,01

ns = não significativo = $p > 0,05$.

Analisando os valores das médias dos fatores dentro de cada grupo verifica-se que as crianças obesas manifestam valores mais altos no *aspecto comportamental* e no *estatuto intelectual e escolar* e uma incidência mais baixa na *aparência e atributos físicos*. O grupo não obeso demonstra exatamente o mesmo cenário de resultados.

Discussão

Começando pela análise da prevalência da obesidade encontrada no Concelho de Viana do Castelo, verifica-se que esta é extremamente elevada, ocupando o topo da tabela como a região que possui maior taxa de crianças com excesso de peso e obesidade. Estes resultados vão intrinsecamente de encontro à análise efetuada pela equipa investigadora de Carmo et al. (2007), uma vez que a população adulta portuguesa demonstra uma prevalência de 53,6% de excesso de peso e obesidade. De acordo com Fernández e Ros (2003), o contexto familiar assume uma extrema importância no desenvolvimento da obesidade, já que os pais exercem uma direta influência nas crianças, modelando as suas atitudes e comportamentos, de acordo com o estilo de vida adotado. Esta associação ainda se pode verificar mais, se um dos progenitores for obeso. Os filhos de pais obesos correm um risco duas a três vezes superior de serem obesos quando adultos. Não só a hereditariedade pode influir como fator etiológico, mas também, a aprendizagem por observação. As crianças têm o hábito de observar um determinado comportamento e imitá-lo, adotando-o muitas vezes, especialmente, se essa ação for aprendida no seu contexto familiar. Por exemplo, na situação de um pai obeso que frequentemente come por resposta a estímulos emocionais ou ambientais, não estando diretamente associados à sensação de fome, desta forma, a criança pode aprender este tipo de comportamento por observação (Fernández & Ros, 2003).

Segundo Varo et al. (2003, citado por Padez et al., 2004), Portugal é um dos países da Europa com maior percentagem de adultos com estilo de vida sedentário. Em contexto urbano, constata-se uma redução abrupta da atividade física, conjugando o avanço da tecnologia com a diminuição do dispêndio de energia com as tarefas do quotidiano.

Segundo Padez (2002) uma fonte potencial de atividade física é a viagem diária para e do local de trabalho ou escola. Atualmente, o que mais se verifica nas cidades é o uso do transporte próprio, não só pela distância entre instituições, como pela falta de tempo e preocupação com a segurança das crianças, enquanto no passado iam para a escola a pé e brincavam mais com os seus pares na rua, substituindo a adoção de atividades sedentárias hoje mais frequentes, a saber o uso do computador, o ver televisão, os jogos eletrónicos. O tempo despendido nesse tipo de atividades é suficiente para diminuir o consumo calórico e, conseqüentemente, a gênese da obesidade.

Neste âmbito, verifica-se uma concordância dos resultados obtidos relativamente à variável sexo. Tal como alguns investigadores (Stunkard & Sorensen, 1994; Gerald et al., 1994, citado por Viana, 2000) referiram, o sexo feminino frequentemente apresenta uma maior prevalência de excesso de peso e obesidade. O que pode suportar estes resultados é o facto de as raparigas possuírem mais hábitos sedentários que o sexo masculino, não se envolvendo muito na prática de exercício físico especialmente com os seus pares, devido ao sentimento de inferioridade que podem nutrir relativamente à sua habilidade e aparência físicas, não se querendo expor.

Os hábitos alimentares também podem sustentar esta alta incidência. O que se justifica pelo tipo de gastronomia que caracteriza esta região e pela acessibilidade a alimentos densamente calóricos e em quantidades substanciais. O Concelho de Viana do Castelo pertence a uma região em que persiste uma gastronomia típica e rica em gorduras saturadas (carnes, enchidos) e hidratos de carbono (doces típicos regionais). Efetivamente, esta área geográfica dispõe não só de condições ambientais, físicas e culturais que promovem a produção deste tipo de gastronomia, como também, de uma grande oferta comercial e hoteleira que incita ao consumo. Conseqüentemente, o comportamento alimentar adotado pelas famílias é influenciado pela *pressão* social e cultural a que estão sujeitas, bem como, pelo facilitismo da sociedade no consumo excessivo de energia, convidativo à alimentação fora de casa.

Assim, observando-se este nível de prevalência tão preocupante seria urgente olhar atentamente ao estilo de vida das crianças vianenses que precisa de sofrer alterações, tanto no recurso a uma alimentação mais saudável (mais rica em legumes, fruta, gorduras vegetais) como à atividade física, que contribui para o bem-estar físico e psicológico, facilitando o lidar com as adversidades da dinâmica de um contexto urbano.

No que concerne à relação entre o autoconceito global e a obesidade, verifica-se que o grupo das crianças obesas, que iam iniciar pela primeira vez um tratamento específico ao nível da nutrição, apresenta um autoconceito comprometido relativamente às não obesas, o que demonstra que se sentem insatisfeitas com elas próprias, exibindo percepções de carácter negativo.

Analisando os fatores que compõem a variável psicológica – autoconceito, observa-se que a *popularidade* é um domínio que as crianças obesas manifestam em baixo nível. De facto, a evidência empírica tem revelado que a obesidade abrange uma panóplia de implicações a nível social, originárias de problemas de isolamento e relacionamento com os seus pares, que, igualmente, se refletem na formação do conceito de si próprio. Este grupo demonstra que pode ser alvo de uma discriminação social entre os seus pares, sociedade e até mesmo família. Tal como os investigadores Dechen, Cano e Ribeiro (2000, citado por Carvalho et al., 2005) observaram, as crianças que foram à primeira consulta de obesidade e que demonstravam uma percepção negativa de si mesmas, lamentavam-se de ser alvo de troça por parte dos colegas. O resultado encontrado neste fator pode ser apoiado, também, pelo facto das crianças obesas ao sofrerem este tipo de atribuições, poderem sentir-se desajustadas e não se envolverem muito nas atividades sociais com os seus pares.

Este fator reflete uma ligação com o domínio *satisfação e felicidade*, em que o grupo de estudo (obesos) evidenciou, também, valores significativamente inferiores. Pressupõe-se que este resultado traduz a presença de sentimentos de inferioridade (baixa autoestima), solidão e desvalorização das suas capacidades (baixa autoeficácia), não só como consequência do pouco envolvimento e participação em atividades sociais, como também, pela forte pressão

que a sociedade exerce pela procura do *corpo perfeito*. Tal como Veloso (2006) salienta, os indivíduos são lembrados constantemente através dos meios de comunicação da necessidade de uma imagem corporal perfeita. Desde cedo, a criança recebe *feedback* sobre a sua condição física, o que resulta na produção gradual de críticas em relação a si mesmos. A criança desde logo interioriza que o excesso de peso tem uma conotação negativa, considerando-se uma fonte de vergonha, o que resulta em sentimentos de insatisfação e infelicidade (tal como o grupo de estudo demonstra).

Quanto à significativa desvalorização que as crianças obesas evidenciam relativamente ao *estatuto intelectual e escolar*, sugere-se que este grupo tende a avaliar o seu aproveitamento com base na dificuldade que tem de se comparar positivamente às outras crianças (não obesas). A dificuldade de se perceberem positivamente pode resultar num estado de apatia, contribuindo para uma expressão de desinteresse e isolamento, embora, na grande maioria, as suas capacidades intelectuais sejam tão boas ou até superiores em relação às outras.

No que diz respeito aos restantes fatores, *ansiedade, aspeto comportamental e aparência e atributos físicos*, as diferenças encontradas não são expressivas, o que significa que existem autoperceções específicas por parte das crianças obesas que não são totalmente negativas. Relativamente à *ansiedade*, o resultado vai de encontro ao que a literatura refere, as crianças obesas não manifestam um nível de ansiedade superior ao das não obesas (Carvalho et al., 2001). De qualquer forma, é importante referenciar a necessidade de realização de estudos nesta área, uma vez que o comportamento alimentar pode resultar como mecanismo de adaptação perante a presença de ansiedade.

No *aspeto comportamental* não se observaram diferenças, no entanto, foi o fator que apresentou o valor mais elevado dentro do grupo dos obesos, subentendendo-se que este possa ser um domínio construtor de um autoconceito positivo.

Outro domínio que não demonstrou uma clara evidência foi a *aparência e atributos físicos*, em que tanto os obesos como os não obesos demonstraram pouca valorização. Resultado que mostra a insatisfação com a imagem corporal nos dois grupos, o que se admite como consequência da sociedade que cultiva um ideal de magreza. A literatura sobre o desenvolvimento aponta que na pré-adolescência existe uma tendência para autoavaliações negativas, tornando-se mais críticos em relação a si mesmos, e em especial em relação à sua imagem corporal (Harter, 1990, citado por Carvalho et al., 2005). Um dos domínios que mais contribui para a formação do autoconceito é o domínio físico, mais especificamente, a aparência física. Desde muito cedo, se assiste à influência que este fator exerce no ajustamento psicossocial do indivíduo, e neste sentido, se justificam os resultados encontrados. Assim, supõe-se que o grupo de estudo valoriza muito pouco a sua imagem corporal, não só pela cultura em que está inserida, pelas discriminações sociais que sofre, como também, pelas comparações que estabelece entre a sua aparência física e a dos seus pares. Relativamente ao grupo dos não obesos, embora um pouco menos preocupado que o obeso, admite-se que estas crianças sejam demasiado influenciadas pela pressão sociocultural sobre a valorização da aparência física. Estes resultados corroboram o estudo efetuado por Carvalho et al. (2005), e de acordo com os autores, é importante considerar a avaliação de outros aspetos que podem constituir o contraponto com as insatisfações apresentadas, ajudando a criança a estruturar positivamente o seu autoconceito, bem como, é necessário estar atento à pressão que a sociedade exerce sobre o ideal de beleza.

Conclusão

É uma constatação mundial que a obesidade infantil é um dos problemas mais preocupantes e de difícil solução na nossa sociedade. Perante o cenário tão alarmante que se encontrou neste Concelho, as estratégias de intervenção sobre esta problemática devem incidir não só nos comportamentos das crianças, como também no ambiente familiar, fomentando adequados padrões de atividade física e ingestão nutricional, de forma a influenciar as crianças a reduzir o risco de obesidade na idade adulta. Cumpre, assim, compreender a trilogia dos fatores biológicos, sociais e psicológicos. De facto, só ao serviço de um modelo biopsicossocial, que integre o biológico, o psicológico e as necessidades sociais do indivíduo, é que a Psicologia da Saúde poderá atuar por forma a promover um funcionamento psicológico e psicossocial congruente com a pessoa, na sua relação com a *saúde e a doença*.

A respeito de sugestões para replicação de novas investigações nesta área, seria interessante fazer um estudo mais abrangente, que analisasse os diferentes estilos de vida praticados pelas crianças obesas. Assim, com a finalidade de identificar e caracterizar os comportamentos alimentares e de atividade física relacionados com a obesidade infantil, sugere-se a aplicação de um diário de atividades, no qual a criança descreve todas as atividades que realiza durante o dia, com quem efetua e o local, incluindo os momentos das refeições, em que se poderá observar o tipo de alimentação que tem em casa e na escola. No auxílio da identificação de fatores de risco poder-se-ia, também, administrar um questionário aos pais das crianças, com o objetivo de compreender a relação entre o estilo educativo parental e a obesidade infantil.

O mais importante é não esquecer de acionar todos os mecanismos de investigação e intervenção nesta área, de modo a evitar o crescimento da prevalência deste fenómeno e, o conseqüente agravamento da saúde física e psíquica da criança. Esta investigação pode, assim, servir como ponto de partida para uma monitorização futura do excesso de peso e obesidade nesta população. Propõe-se, desta forma, que se constitua um plano estratégico de prevenção e promoção ajustado à realidade social da população infantil vianense, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida individual e coletiva, tal como é vinculado no Projeto Viana do Castelo Cidade Saudável.

Bibliografia

Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., Myatt, J., & Galvão-Teles, A. (2007). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003–2005. *Obesity Reviews*, 9, 11-19.

- Carvalho, A., Netto, J., Bugliani, M., Borges, C., Mariano, F., Brancaleoni, A., & Gorayeb, R. (2001). Maturidade emocional, locus de controle e ansiedade em pré-adolescentes obesos. *Paidéia: Cadernos Psicologia Educacional*, 20, 39-47.
- Carvalho, A., Cataneo, C., Galindo, E., & Malfará, C. (2005). Auto conceito e imagem corporal em crianças obesas. *Paidéia: Cad. Psicol. Educ.*, 15, 131-139.
- Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K., & Dietz, W. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medicine Journal*, 320, 1240–1243.
- Diniz, T. (2004). *A prevalência da Obesidade Infantil no Concelho de Faro*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade Autónoma de Barcelona.
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do autoconceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 4, 361-371.
- Fernández, C., & Rós, E. (2003). La obesidade infantil. In I. Vázquez, C. Rodríguez, & M. Alvarez, *Manual de Psicología de la Salud con niños, adolescentes y familia*, (pp. 113-133). Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Ferreira, R. (2004). *Avaliação Nutricional dos Alunos do 1º ciclo do Concelho de Sintra*. Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.
- International Obesity Task Force (2005). EU Platform on Diet, Physical Activity and Health. *EU Platform Briefing Paper* prepared in collaboration with the European Association for the Study of Obesity.
- Luiz, A., Gorayeb, R., Liberatore, R., & Domingos, N. (2005). Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, 10, 35-39.
- Mannell, R., & Kleiber, D. (1997). *A Social Psychology of Leisure*. EUA: Venture Publishing.
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Padez, C. (2002). Atividade física, obesidade e saúde: uma perspetiva evolutiva. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 20, 11–19.
- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year old Portuguese children. Trends in body mass index from 1972 to 2002. *American Journal of Human Biology*, 16, 670-678.
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Rito, A. (2004). *Estado Nutricional de crianças e oferta alimentar do pré-escolar do município de Coimbra*. Tese de Doutoramento. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Simões, D., & Meneses, R. (2007). Auto-Conceito Com e Sem Obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20, 246-251.
- Veiga, F. H. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito: Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHSCS-2). *Revista de Educação e Psicologia* 5, 1, 39 - 48.
- Veloso, S. (2006). Alimentação e Atividade Física. *Psicologia Atual*, 8, 57-59.
- Viana, V. (2000). *Psicologia, saúde e nutrição : estudo do comportamento alimentar no estado de nutrição e de alguns fatores psicossociais associados num grupo de adolescentes*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4, 611-624.
- WHO(1998). *The world health report 1998 - Life in 21st Century. A vision for all*. Report of the Director General. Geneva: World Health Organization.

Conceito de sucesso de *aleitamento* materno na perspetiva das mulheres que amamentam

Sara Rufo¹, Luís Graça² & Cidália Amorim²

¹ Unidade Local de Saúde do Alto-Minho, EPE.

² Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde.

O sucesso do aleitamento materno (AM) representa uma prática com reconhecidas repercussões na proteção da saúde materno-infantil. Enquanto medida de saúde pública, envolve a ação concertada de vários agentes que, dentro das premissas da promoção da saúde, participam para que seja reconhecido como um ato natural ao alcance das mulheres e das crianças.

Ao ser reconhecido como o meio através do qual “aprendemos a ser humanos” (Montagu, citado por Cardoso, 2006, p. 44), o AM foi consagrado como direito humano pela Convenção Mundial sobre os Direitos da Criança, (Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 1989), ratificada por Portugal em 1990, já que as mães e os bebés formam uma unidade biológica e social inseparável e a saúde e nutrição de umas não podem ser separadas da saúde e nutrição de outros (World Health Organization [WHO], 2003). Também as Assembleias Mundiais de Saúde (AMS) reconheceram as evidências científicas e a importância dos esforços de proteção, promoção e suporte, tendo a 34ª AMS aprovado o *Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Aleitamento Materno*, que descreveu as normas de proteção ao AM enquanto estratégia privilegiada de alimentação na primeira infância (WHO, 1981). Quase uma década mais tarde, foi aprovada a Declaração de Innocenti que reconheceu a importância do AM, como um processo único (UNICEF, 1990).

Baseando-se no Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno, nas resoluções das AMS e de acordo com a Declaração Mundial e Plano de Acção para a Nutrição da Organização das Nações Unidas para a alimentação e agricultura (FAO) /OMS (2001) foi emitida, na 55ª AMS, a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças na Primeira Infância, adotada por todos os estados-membros da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003). Esta, não sendo inovadora dado que confirma muitas das recomendações de outros documentos, traduz um guia de abordagens específicas para cada país, com vista à melhoria das práticas alimentares, definindo como alimentação excelente o *aleitamento materno exclusivo* (AME) durante os primeiros seis meses de vida da criança e, em complementação com a restante alimentação, até aos dois anos ou mais, com particular importância para as crianças em circunstâncias difíceis. Por outro lado, reforça a obrigação prioritária dos governos na formulação, implementação, monitorização e avaliação de políticas e planos nacionais, bem como no cumprimento diligente das diretrizes dos documentos que a sustentam (ibidem), com vista a práticas de AM de sucesso.

O conceito de sucesso do AM é amplo, sendo abordados na literatura vários critérios de avaliação baseados nos quadros epistemológicos de referência dos investigadores (Harrison, Morse, & Prowse, 1985). A percepção da mãe e dos profissionais de saúde acerca do sucesso do AM, quando enquadrada no seu contexto social, permite identificar e potenciar focos de intervenção ajustados às expectativas da mãe, podendo obter-se dessa forma ganhos efetivos em saúde para a mulher, criança, família e comunidade.

Para os profissionais de saúde, o reconhecimento das vantagens do AM representa um dos seus principais indicadores de sucesso. A investigação científica neste âmbito é extensa, quer na descrição das vantagens para a mãe como para o bebé (Kramer & Kakuma, 2002) e para o meio ambiente (United States Breastfeeding Committee, 2002), a curto e a longo prazo.

Para além das suas reconhecidas vantagens, é importante o conhecimento para os profissionais de saúde dos seus fatores determinantes, como estratégia essencial na promoção do AM. Estes fatores são designados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no Glossário de Promoção de Saúde (1998b) como determinantes de saúde. Particularmente para os enfermeiros, os determinantes representam uma importante ferramenta no planeamento das suas intervenções em saúde. Na promoção do AM, estes devem organizar-se segundo os seguintes níveis de influência: Mãe, Criança e Família; Sistema de Saúde; Políticas de Saúde Pública e Cultura e Políticas Sociais, no seguimento das orientações preconizadas pelo documento: *Proteção, promoção e suporte do aleitamento materno na Europa: um projeto em acção* (União Europeia [UE], 2008).

No decalque do modelo médico, o crescimento, desenvolvimento e as taxas de morbi-mortalidade infantil, sobreponíveis à duração do AM, são os principais critérios de avaliação de sucesso do mesmo. Caracterizando-se o fator duração como um indicador de avaliação do sucesso adequado sob o ponto de vista sanitário, torna-se por outro lado pouco coerente, sob uma ótica holística, utilizá-lo isoladamente. A prática do AM de curta duração pode ser um sucesso desde que corresponda às expectativas da mãe (Levy & Bértolo, 2008), no desempenho do seu papel materno e lactante.

No processo de transição para a maternidade, para além do estabelecimento de laços afetivos entre a mãe e o bebé, também a garantia da sobrevivência do recém-nascido arroga-se como um desafio para a mulher, sendo a decisão quanto ao método de alimentação do bebé reflexo dos valores culturais da maternidade (Flacking, Ewald & Starrin, 2007).

Assumindo-se as performances da prática do AM e do desmame como componente fundamental na experiência da maternidade, para muitas mulheres dessa performance depende o estatuto de se ser uma *boa mãe*, quer na perspetiva individual, quer na perspetiva social (Hauck & Irurita, 2002). A compreensão da visão da mãe acerca do sucesso do AM enquanto aspeto da identidade feminina é importante, já que o mesmo pode representar um protótipo de feminilidade, qualificando socialmente a mulher como mãe (Nakano & Mamede, 1999). Os trabalhos que analisam a construção dos

significados da amamentação e maternidade ao longo dos tempos demonstram que o comportamento feminino perante o AM relaciona-se com o lugar, a imagem social da mulher e a maternidade, variando segundo as diferentes épocas, contextos sociais, interesses económicos e políticos (Nakano, 2003).

O nascimento do filho não marca necessariamente o início da transição para a maternidade. É um processo prévio ao parto e reúne as mudanças psicológicas internas, a construção do papel materno e a organização dos seus relacionamentos mais importantes (Borges, 2005). Nos primeiros meses após o parto, período muitas vezes designado de quarto trimestre de gravidez, o casal vive um processo de transição, de ajustamento afetivo, fisiológico e relacional, face à chegada de um novo elemento à família. É um período de desafio e mudança, na extensão de toda a experiência da gravidez e que implica a vivência de tarefas desenvolvimentais fulcrais à adaptação à maternidade (Graça, Figueiredo, & Conceição, 2011). Neste momento, a amamentação pode ser entendida como o encerramento natural do ciclo gravídico e do parto (Ferreira, 2004) e um importante elo da cadeia da transição para a maternidade.

O processo de transição para a maternidade entrecruza-se com a vivência da consecução do papel materno. A associação entre a experiência do AM e a consecução do papel materno é notável, na medida em que, para muitas mulheres, esta sendo uma experiência de sucesso é vista como parte integrante do papel, questionando muitas vezes, face às dificuldades as suas competências maternas (Hewat cit por Riordan & Auerback, 1993). Tendo por base o Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, Mercer sugere a Teoria da Consecução do Papel Maternal, que envolve um processo evolutivo de quatro fases (Meighan citado por Tomey & Alligood, 2002): A *fase antecipatória* inicia-se na gravidez e inclui ajustamentos sociais e psicológicos, onde a mãe apreende as expectativas do papel, fantasiando acerca deste (ibidem); a *fase formal* que principia com o nascimento da criança, reúne a aprendizagem e o desempenho do papel de mãe, incluindo o papel de lactante durante o estabelecimento efetivo da amamentação, formatando-se nas expectativas formais e consensuais dos outros, bem como no sistema social da mulher (ibidem). O estabelecimento da lactação e prevenção do desmame precoce são apontados por Levy e Bértolo (2008) como o segundo ponto de viragem no sucesso do AM, representando por isso segundo estas autoras, um papel decisivo nas práticas hospitalares ligadas ao trabalho de parto, parto e pós-parto neste contexto. Assim, torna-se fundamental a implementação da Iniciativa dos Hospitais Amigos do Bebê (IHAB), preconizada pela OMS e pela UNICEF e que prevê que, durante este período, sejam cumpridos os dez passos recomendados para a promoção do AM, cujos efeitos cientificamente validados, protegem práticas de saúde consistentes com a obtenção de ganhos em saúde para a mulher e para a criança (WHO/UNICEF, 1998a).

A *fase informal* enceta-se quando a mãe desenvolve formas únicas de lidar com o papel, cimentando uma experiência individual pautada por estratégias, com base na prática e características pessoais, integrando dados da aprendizagem formal (Meighan citado por Tomey & Alligood, 2002). Regista-se neste momento, o terceiro ponto de viragem do AM, que ocorre após a alta hospitalar, sendo essencial a manutenção das intervenções de suporte (Levy & Bértolo, 2008) possíveis através de um contacto continuado entre a mãe e os profissionais de saúde (Royal College of Midwife, 1994), presencialmente no serviço de saúde comunitário, por telefone ou no domicílio da puérpera (Hannula, Kaunonen, & Tarkka, 2008).

Por último, a *fase de identidade do papel* acontece à medida que a mulher vai interiorizando o papel materno (ibidem), experimentando um sentimento de ligação profunda com o filho e de realização como mulher e mãe (Giugliani, 1994), vivenciando sensações de harmonia, confiança e competência na forma como desempenha o papel, podendo este ser atingido num mês ou levar vários meses até ser alcançado (Meighan citado por Tomey & Alligood, 2002). Contudo, ao serem exaltados no discurso médico os aspetos biológicos na promoção do AM, parece haver um comprometimento velado de responsabilização da mulher pela saúde do seu filho (Junges et al, 2010), depreendendo-se até da construção histórica e social da maternidade marcas de dever, responsabilidade e resignação (Nakano, 2003). A mulher, na sua perspetiva, ao assumir o estatuto de mãe, acolhe-se na figura materna imposta pela sociedade e resigna-se ao cumprimento de um modelo delineado pelo sacrifício, doação e dor, elementares do universo feminino, mantidos através da superação das dificuldades sentidas, em prol do supremo benefício da criança (Badinter, 1985).

Hauck e Irurita (2002) referem que no decurso individual da experiência de AM, muitas mães se deparam com uma incompatibilidade entre o que haviam planeado vivenciar e aquilo que efetivamente vivenciaram. Desta análise aúfere-se a importância da mãe possuir uma perceção positiva acerca da sua experiência de AM, de maneira a lidar favoravelmente com uma possível incompatibilidade de expectativas e que a *empoderará* para a gestão dos desafios da maternidade (ibidem). Por sua vez, Wrigley e Hutchinson (1990) verificaram que, às mulheres que vivenciaram experiências de AM prolongadas (mais de 12 meses), importavam a necessidade em estabelecer um laço, um vínculo secreto (*secret bond*) com o seu filho no cumprimento do seu projeto de AM. Também os efeitos protetores do AM sobre a saúde da criança encontram-se descritos na literatura como indicadores de sucesso para as lactantes (Leff, Gagne & Jefferis, 1994; Hauck & Reinbold, 1996).

A definição de um objetivo pessoal pela mãe parece ser um importante passo para a vivência de uma experiência de AM de sucesso (Bottorf, 1990), parecendo especialmente importante a definição prévia da duração do AM com a mãe, como forma de incentivo mais eficaz para um maior compromisso em termos de amamentação (Levy & Bértolo, 2008). Parece por isso, que o sucesso do AM poderá ser corolário natural de um projeto de amamentar bem consolidado, radicado a um processo de tomada de decisão coeso que poderá ser trabalhado com especial ênfase, no período pré-natal, na educação e preparação das mães para a amamentação, especialmente nas primíparas (WHO, 1998a) e, principalmente no terceiro trimestre de gravidez, dado que pode ser considerado como o primeiro ponto de viragem para o sucesso do AM (Levy & Bértolo, 2008).

Rempel (2004), numa investigação longitudinal com um grupo de mulheres que amamentaram até aos 12 meses detetou algumas das razões que podem motivar experiências de AM prolongadas e percebidas como de sucesso. O sentido de autocontrolo sobre o AM e a aprovação social percebida pelas mulheres nas suas opções em prolongar o AM representaram importantes contributos na duração do mesmo, questões que deverão ser tidas em conta nas intervenções profissionais operadas com vista ao sucesso do mesmo.

A reflexão acerca das práticas, que os profissionais de saúde envolvidos na promoção, proteção e suporte do AM adotam, reveste-se de fundamental importância, dado que quanto mais compreenderem os comportamentos relacionados com as práticas do AM e respetivas experiências individuais, mais preparados se encontrarão para promover a sua prática de forma individualizada e ajustada. Para o planeamento das suas intervenções, com vista ao sucesso da experiência de amamentação, torna-se emergente a inclusão do projeto materno e o conhecimento das representações que a mãe detém acerca do sucesso do AM, bem como a identificação dos fatores que considera determinantes para tal e das estratégias que adota.

No seguimento do acima mencionado e para a realização deste estudo definiram-se os seguintes objetivos: Conhecer as representações que as mulheres que amamentam têm acerca do sucesso do AM; identificar os fatores que contribuem para o sucesso do AM, na perspetiva das mulheres que amamentam; e, identificar as estratégias que as mulheres que amamentam adotam para o sucesso do AM.

Metodologia

As opções metodológicas foram determinadas pelos objetivos e a questão de investigação procurou explorar o fenómeno do AM no que respeita ao conceito que as mulheres que amamentam detêm do sucesso do mesmo, tendo-se orientado o estudo para uma abordagem qualitativa, de natureza descritiva e exploratória.

O grupo de sete informantes foi sendo constituído por seleção accidental, cujo critério de inclusão foi que, à data do estudo estivessem a amamentar por um período mínimo de seis meses em exclusividade (o que permitiu criar homogeneidade no que se refere ao fator duração, conjugando práticas de AM de sucesso quer na visão das mulheres, quer dos profissionais de saúde), com vigilância da gravidez nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Unidade Local de Saúde do Alto-Minho (ULSAM), de participação voluntária. As informantes do grupo apresentavam idades entre os 29 e os 44 anos, maioritariamente casadas, uma com formação básica, três com formação secundária e duas com formação superior, cinco primíparas e duas múltiparas. Todas as informantes haviam praticado o AME com os seus filhos até aos seis meses de idade, encontrando-se à data do estudo em aleitamento materno complementar.

O tamanho da amostra foi determinado pelo número de informantes que no momento da recolha de dados preenchiam os critérios de inclusão, que foi credibilizada pelo facto de, à data da recolha, todas as informantes terem a sua experiência individual bastante presente.

O instrumento de recolha de dados foi a entrevista semi-dirigida, com recurso a um guião produzido pelos autores para o efeito.

O tratamento e análise dos dados foram efetuados segundo a análise de conteúdo proposta por Bardin.

Quanto ao procedimento de recolha de dados, solicitou-se autorização prévia à ULSAM, a qual remeteu para a Comissão de Ética, que emitiu um parecer positivo. A identificação das informantes foi realizada pelas Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna ou Responsáveis pelo Programa de Saúde Materna dos Centros de Saúde afetos ao ACES do Alto-Minho, no contexto da Consulta de Vigilância de Saúde Infantil dos seis meses de vida. Após um contacto telefónico informal com as informantes (previamente autorizado), realizaram-se as entrevistas no local eleito por cada uma, no período compreendido entre Janeiro e Outubro de 2011. No momento das entrevistas foi lido e assinado o Termo de Consentimento Informado, ao qual foi atribuído um código que permitiu à *posteriori*, a identificação das transcrições, garantindo o anonimato das participantes. Todas as informantes autorizaram a gravação das entrevistas em suporte magnético que, após a transcrição das mesmas foi destruído.

Análise e discussão dos resultados

Da análise de conteúdo realizada às sete entrevistas sobressaíram três áreas temáticas: Representações de sucesso de aleitamento materno, na perspetiva das mulheres que amamentam; fatores que contribuem para o sucesso do aleitamento materno na perspetiva das mulheres que amamentam e estratégias que as mulheres que amamentam adotam, para o sucesso do AM. De cada uma destas áreas temáticas, emergiram várias categorias e subcategorias, de seguida discutidas sucintamente.

No que se refere à área temática *Representações de sucesso de aleitamento materno, na perspetiva das mulheres que amamentam*, emergiram as categorias *Experiência inerente ao processo de transição para a maternidade*; *Vantagens do AM e Duração do AM*.

Verificou-se que as representações de sucesso do AM descritas pelas informantes se relacionam com a inclusão do projeto do AM no projeto da maternidade. Este aspeto foi manifestado em todas as entrevistas, sendo experienciada em quatro etapas diferentes e que podem decalcar-se do Modelo da Teoria da Consecução do Papel Maternal, proposto por Ramona Mercer.

A primeira etapa, que se refere ao reconhecimento do AM como um *Projeto subjacente à maternidade*, que pode coincidir com a *Fase Antecipativa*, proposta por Mercer (Meighan citado por Tomey & Alligood, 2002), reporta-se aos testemunhos das informantes acerca da vivência antecipatória do AM, durante o percurso gravídico, onde expressam as expectativas que apreenderam acerca do AM, sucedâneas à formação do papel materno. Estes achados confirmam a importância do investimento ao nível da promoção do AM durante as consultas de vigilância de saúde materna, e no apoio à tomada de decisão para amamentar, que representa o primeiro ponto de viragem do AM, como referem Levy e Bértolo (2008). O reconhecimento das vantagens do AM para a saúde da díade que as informantes relatam como representações de sucesso do mesmo, corroboradas por Hauck e Reinbold (1996); Leff, Gagne e Jefferis (1994) e que emergem como categoria também nesta área temática, remetem-nos para a importância de se incluir na promoção do AM no período pré-natal. As informantes referem como vantagens: O desenvolvimento global da criança; o seu adequado aporte nutricional; a proteção imunológica da

criança; o seu desenvolvimento estato-ponderal; a vinculação da díade; vantagem para a mãe e, ainda, vantagens económicas e práticas.

A segunda etapa - *Período de Aprendizagem Formal* - que pode coincidir com a *Fase Formal* proposta por Mercer (Meighan citado por Tomey & Alligood, 2002), tem início após o parto e inclui o estabelecimento efetivo da amamentação, que depende de um processo de aprendizagem, no qual entram os contactos privilegiados da mãe, como a rede de proximidade e os profissionais de saúde. Estes desempenham um papel importante, principalmente no pós-parto, na prevenção do desmame precoce, que segundo Levy e Bértolo (2008), representa o segundo ponto de viragem do AM. Estes achados remetem-nos para a importância do incentivo das unidades de saúde para a adoção das medidas preconizadas pela IHAB.

A terceira etapa - *Período de Aprendizagem Informal* - que pode coincidir com a *Fase Informal* proposta por Mercer (Meighan citado por Tomey & Alligood, 2002), inicia-se após o momento da alta, quando a mãe se depara com dificuldades e dúvidas para as quais não se encontrava preparada e que a pode levar a experimentar uma incompatibilidade de expectativas como descrevem Hauck e Irurita (2002). Segundo as informantes, estes obstáculos parecem atuar como um estímulo para a aprendizagem, na qual desenvolvem estratégias individuais e, técnicas e instrumentais, e que representa o terceiro ponto de viragem do AM, segundo Levy e Bértolo (2008). Nesta fase, as mulheres podem beneficiar de práticas de apoio e suporte ao AM na comunidade, quer ao nível da criação de grupos de apoio ou através da criação de linhas telefónicas e visitas ao domicílio.

A quarta etapa - *Perceção do sucesso do AM, pelas lactantes, na consecução do papel materno e feminino* - que poderá ser análoga à *Fase da Identidade do Papel*, proposta por Mercer (Meighan citado por Tomey & Alligood, 2002). Nesta etapa as informantes revelam que tendo ultrapassado as dificuldades do AM com as quais se foram deparando, veem reforçada a sua autoconfiança, atingindo um estado harmonioso de realização individual que traduz a interiorização do papel materno e de lactante para o qual parece contribuir a priorização das necessidades da criança em detrimento das da mãe, que Badinter (1985) aponta como *supremo benefício da criança* trespassando neste ato um compromisso social velado de responsabilização da mulher (Jungles et al, 2010).

Parece importante nesta etapa que as intervenções de enfermagem se foquem no reforço das atitudes maternas que evidenciam ganhos em saúde obtidos com a prática do AM e o *empoderamento* para a manutenção do mesmo. A duração deste, que emerge também como categoria desta área temática, denota-se como uma importante representação de sucesso do AM para as informantes, sendo que o facto de o praticarem em exclusivo como recomendam a OMS / UNICEF (2003) durante os primeiros seis meses de vida da criança traduzem uma experiência de êxito, provavelmente no decalque das recomendações das equipas de saúde.

Verificou-se, dos achados subtraídos da análise das entrevistas, fatores referidos pelas informantes que influenciaram as suas experiências de AM, determinando-as como de sucesso. Os determinantes referidos aproximam-se daqueles que são mencionados no documento *Proteção, Promoção e suporte do AM na Europa: um projeto em acção* (União Europeia, 2008).

No que se refere à área temática *Fatores que contribuem para o sucesso do aleitamento materno, na perspetiva das mulheres que amamentam*, emergiram as categorias: *Fatores relacionados com a mãe, com a criança e com a família; Fatores relacionados com o sistema de saúde e Fatores relacionados com a cultura e as políticas sociais*.

No seguimento do que referem as informantes, é importante incluir nas ações de suporte de AM os conhecimentos prévios da mulher, partindo destes para o desenvolvimento de uma aprendizagem em espiral, reforçando as atitudes e competências individuais, (Marques, Cotta & Priore, 2011), a confiança na capacidade de amamentar, a autoeficácia (Meedya, Fahy & Kable, 2010) no sentido de fortalecer o autocontrolo individual (Rempel, 2004) e a definição de um objetivo pessoal (Bottorf, 1990; Hauck & Reinbold, 1996; Levy & Bértolo, 2008).

O reforço das questões relacionadas com a saúde física da mãe, nomeadamente no que se refere às características das mamas e à produção de leite, mencionadas por todas as informantes, deverá também ser considerado, bem como o apoio no estabelecimento de pega eficaz e os estilos de vida da mulher, principalmente na alimentação e crenças associadas a galactogogos.

Segundo todas as informantes do estudo, devem ser incluídos neste processo os elementos da rede de proximidade, percebidos como importantes para a mãe, nomeadamente do pai, irmãos da criança, avós, tias e colegas de trabalho.

A criação de ambientes favoráveis e a reorientação dos serviços de saúde são duas áreas prioritárias para a promoção da saúde. No seguimento do referido pelas informantes deste estudo, os cuidados de saúde materno-infantis desempenham um papel preponderante (Fairbank et al, 2000) principalmente ao nível de programas educacionais de apoio durante o período pré-natal, no qual se enquadram as consultas de vigilância de Saúde Materna (Schimizu & Lima, 2009) e, especialmente quando contextualizadas em sessões de EPS em grupo, tais como as aulas de preparação para a parentalidade, (Marinho & Leal, 2004; Camacho & Tedstone, 2001; Graça, Conceição & Figueiredo, 2011).

O estabelecimento de políticas saudáveis representa também uma área de intervenção prioritária, dado que as informantes salientaram a importância de beneficiarem de legislação de proteção à maternidade e seu respetivo cumprimento, bem como a necessidade de serem removidos alguns obstáculos e barreiras à amamentação em público, tais como falta de espaços a ela destinados e a pouca aceitação social para a prática em público.

No que se refere à área temática *Estratégias que as mulheres que amamentam adotam para o sucesso do aleitamento materno*, emergiram as categorias: *Estratégias individuais e Estratégias técnicas e instrumentais*.

Aos determinantes de sucesso de AM referidos pelas informantes, associam-se estratégias definidas pelas próprias, geradas pelos processos de aprendizagem formal e informal. As estratégias individuais identificadas permitem a consolidação de conhecimentos nas suas vivências pessoais, com base em estratégias também psicológicas, em que registam um processo de adaptação ao novo papel, que parece associar-se à duração do AM (Meedya, Fahy & Kable, 2010).

As estratégias técnico-instrumentais, tais como a extração e conservação do leite materno para administração posterior, ou extração de leite para estimulação láctea, ou utilização do bico de silicone e amamentação em regime livre, são apontes pelas

informantes como formas de manutenção do sucesso do AM pois representam para as mães provas concretas das suas experiências individuais de AM de êxito.

O conceito de sucesso do AM é construído pelas mulheres no decurso da transição para a maternidade, com início durante a gravidez, consolidado pelos processos de aprendizagem formal e informal (dos quais se concebem estratégias individuais e, técnicas e instrumentais), culminando com consecução do papel materno e feminino, para o qual concorre o desempenho enquanto lactante. A vivência dos processos de aprendizagem formal e informal depende do apoio da rede formal, bem como dos contributos das intervenções de promoção do AM proporcionadas pelos profissionais de saúde, nomeadamente através da difusão das vantagens do AM (que vão sendo reconhecidas pelas mulheres) e do incentivo ao prolongamento da sua duração em exclusividade até aos seis meses de vida da criança e em complementação com a restante alimentação até aos dois anos ou mais. Também a ação sobre determinantes relacionados a mãe, a criança e a família, bem como com o Sistema de Saúde, a cultura e políticas sociais são decisivos para o sucesso do AM.

O planeamento das intervenções em saúde, particularmente no âmbito dos cuidados de enfermagem, no que diz respeito à promoção e educação para a saúde no contexto do AM devem considerar esta dinâmica, na medida em que representam ganhos para a consecução de práticas de AM de sucesso.

Conclusão

O conceito de sucesso do AM é de difícil determinação, dado que varia de acordo com a perspetiva dos intervenientes.

As ações de promoção e suporte para o sucesso do AM devem, valorizar os dados que a evidência científica documenta, mas também devem ter em igual linha de conta o projeto materno que implica ter em consideração não só a mulher, como a sua família e comunidade, enquadrados no seu contexto sociocultural, ao nível das cinco áreas de intervenção prioritárias em promoção da saúde.

Da realização deste estudo, depreende-se a importância do cumprimento da regulamentação jurídica na proteção à maternidade, bem como a criação de ambientes favoráveis, para que se encontrem garantidas as condições necessárias para práticas de AM de sucesso, através da desmistificação social das crenças e mitos instituídos que vulnerabilizam o ato de amamentar. Para isso deve ser fomentada a criação dos *cantinhos da amamentação* nos vários *settings* sociais com apoio de pessoal especializado.

A reorientação dos serviços de saúde dirigida para o desenvolvimento de competências das mulheres no âmbito do AM parece-nos ser uma prioridade em todos os serviços materno-infantis de saúde.

A promoção do sucesso do AM é transversal a todo um conjunto de práticas que se desejam facilitadores para a vivência do processo de transição para a maternidade, no qual o projeto de AM está incluído. Estas práticas podem envolver a inclusão do tema do AM nas consultas de enfermagem de saúde materna, principalmente a partir do terceiro trimestre, *empoderando* a grávida para a tomada de decisão, com definição clara de um objetivo para o seu projeto de dar de mamar, tendo em conta os seus conhecimentos prévios e atitudes face à prática.

Sugere-se assim, a criação de instrumentos validados, que permitam avaliar a importância de cada determinante de sucesso do AM conhecido, que permitirá planejar intervenções ajustadas a cada projeto materno. Durante e após o parto, o cumprimento dos passos da IHAB podem garantir o estabelecimento da lactação. Após a alta, é na comunidade que a mãe e a criança devem encontrar os pontos de apoio fundamentais, através dos enfermeiros de família das unidades de saúde comunitárias, que se desejam *amigas dos bebés*, que podem apoiar o AM através de um contacto continuado, presencialmente ou através de linhas de apoio ou visitas domiciliárias. Para tal, também nos parece importante que sejam reforçados os conteúdos académicos relativos ao AM, ao nível da licenciatura de enfermagem.

Bibliografia

- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. 4ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Borges, A. P. (2005). *Significações durante a transição para a maternidade: a mulher antes e depois do parto*. Bahia: Universidade Federal da Bahia. (Tese de Mestrado).
- Bottorf, J. L. (1990). Persistence in breastfeeding: a phenomenological investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 201-209.
- Cardoso, L. (2006). *Aleitamento materno: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica*. Instituto de Educação e Psicologia. Vila Real: Universidade de Trás os Montes e Alto-Douro. (Tese de Mestrado).
- Fairbank, L., O'Meara, S., Renfrew, M., Woolridge, M. S., & Lister-Sharp, D. (2000). A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. Disponível em http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/Breastfeeding_vol_1.pdf.
- Ferreira, A. M. (2004). *Determinantes da tomada de decisão em amamentar*. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. (Tese de Mestrado).
- Flacking, R., Ewald, U., & Starrin, B. (2007). "I wanted to do a good job": experiences of 'becoming a mother' and breastfeeding in mothers of very preterm infants after discharge from a neonatal unit. *Social, Science and Medicine*, 64 (12), 2405-2416.
- Giugliani, E. R. (1994). Amamentação: como e por que promover. *Jornal de Pediatria*, 70,138-151.
- Graça, L. C., Figueiredo, M. d., & Conceição, M. T. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (2), 429-436.

- Hannula, L., Kaunonen, M., & Tarkka, M.-T. (2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (9), 1132 - 1144.
- Harrison, M., Morse, J., & Prowse, M. (1985). Successful breastfeeding: the mother's dilemma. *Journal of Advanced Nursing*, 10 (3) 261-269.
- Hauck, Y. L., & Irurita, V. F. (2002). Constructing compatibility: managing breastfeeding and weaning from the mother's perspective. *Qualitative Health Research*, 12 (7), 897-914.
- Junges, C. F., Ressel, L., Budó, M., Padoin, S., Hoffman, I., Sehnem, G. (2010). Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31 (2), 343-350.
- Kramer, M., & Kakuma, R. (2002). Optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Disponível em : http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2008). *Manual do Aleitamento Materno*. Edição revista. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.
- Marinho, C., & Leal, I. P. (2004). Os profissionais de saúde e o aleitamento materno: um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1, 93-105.
- Marques, E. S., Cotta, R. M., & Priore, S. E. (2011). Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciência e Saúde Colectiva*, 16 (5), 2461-2468.
- Meighan, M. M. (2002). Ramona T. Mercer: Consecução do Papel Maternal. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. Loures: Lusociência.
- Nakano, A. M. (2003). As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (2), 355-363.
- Nakano, A. M., & Mamede, M. V. (1999). A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (3), 69-76.
- Rempel, L. A. (2004). Factors influencing the breastfeeding decisions of long-term breastfeeders. *Journal of Human Lactation*, 20 (3), 306-318.
- Riordan, J., & Auerback, K. (1993). *Breastfeeding and human lactation*. 3ª ed. Boston/Londres: Jones and Bartlett Publishers
- Schimizu, H. E., & Lima, M. G. (2009). As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 62 (3), 387-392
- União Europeia. (2008). Proteção, Promoção e suporte ao aleitamento materno na Europa: um projeto em acção. *International Board of Lactation Consultant Examiners Web Site*. Disponível em <http://europe.iblce.org/upload/Blueprint/Blueprint%20Portuguese.pdf>.
- UNICEF (1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca_2004.pdf.
- UNICEF (1990). Innocenti Declaration: on the protection, promotion and support of breastfeeding. Disponível em <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>.
- United States Breastfeeding Committe (2002). Economical benefits of breastfeeding.. Disponível em http://www.usbreastfeeding.org/LinkClick.aspx?link=Publications%2fEconomic-Benefits-2002_USBC.pdf&tabid=70&mid=388.
- WHO (1998a). *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Genebra: World Health Organization.
- WHO (2003). Global strategy for infant and young child feeding. Disponível em http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_eng.pdf.
- WHO (1998b). *Health promotion glossary*. Genebra: World Health Organization.
- WHO (1981). World Health Assembly 34.22 International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Disponível em http://www.who.int/nutrition/topics/WHA34.22_icycn_en.pdf.
- WHO (2001). The First Action Plan for Food and Nutrition Policy 2000-2005. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/120244/E72199.pdf. Acedido a 2 de Dezembro de 2011.
- Wrigley, E. A., & Hutchinson, S. A. (1990). Long-term breastfeeding: the secret bond. *Journal of Nurse-Midwifery*, 35 (1), 35-42.

Capítulo 4

Educação para a Cidadania e Intervenção na Violência

O conceito de cidadania e as suas contradições

Filipe Martins

Instituto Politécnico do Porto, Escola Superior de Educação

Dizer que os homens são pessoas e, como pessoas, são livres e nada concretamente fazer para que esta afirmação se objective, é uma farsa

(Paulo Freire, 1972)

A noção atual de cidadania está intimamente associada à ideia de Modernidade, que tem raízes no pensamento filosófico e social europeu entre os séculos XVI e XVIII – o Iluminismo. A ideia de Modernidade assenta no primado da racionalidade científica, na busca da ordem social e na crença no progresso. Este pensamento desenvolveu-se em paralelo com a Revolução Industrial, com o estabelecimento de um modelo económico-social capitalista e com a criação dos primeiros Estados-nação liberais, tanto na Europa como nos Estados Unidos da América. Neste quadro a noção de cidadania tornou-se a própria condição de existência destes Estados e deste modelo económico, já que estabeleceu como naturais e invioláveis alguns direitos básicos para todos os seus membros (os cidadãos): Os direitos à liberdade individual, à propriedade privada e à igualdade de tratamento perante a lei. Estes direitos, chamados de direitos civis, constituíram-se como um mecanismo de salvaguarda dos interesses individuais dos cidadãos por parte do Estado e, desta forma tornaram possível articular uma nova forma de sociedade (liberal, burguesa) e uma nova forma de economia (capitalista).

Esta noção de cidadania tem prevalecido até à atualidade, embora assumindo diversas configurações, registando avanços e retrocessos e enfrentando inúmeras críticas. Contudo, em particular nas últimas décadas do séc. XX, o fenómeno da globalização da economia e das comunicações tem posto em causa este modelo de cidadania. Com os crescentes fluxos transnacionais de bens, de capital, de pessoas e de informação, os Estados parecem estar a perder a capacidade de regular a relação entre economia e sociedade e de assim proteger os interesses dos seus cidadãos, resultando daí crescentes desigualdades, exclusão e conflitos, tanto a nível nacional como internacional. Face a este contexto a noção de cidadania *moderna* enfrenta agora o seu maior desafio. É justamente o incumprimento das promessas da Modernidade (progresso, ordem, racionalidade, justiça) e as atuais incertezas sobre o futuro que levam a que hoje reflora a reflexão em torno da cidadania.

Ao longo dos últimos séculos têm-se confrontado nas sociedades ditas ocidentais (Europa e América do Norte) diversas formas de conceber as relações entre os indivíduos e de gerir os interesses individuais e coletivos no seio das comunidades. De uma forma genérica esta diversidade de concepções pode ser remetida para a reflexão sobre a cidadania e é possível identificar duas grandes tradições: 1. Tradição liberal (individualista) que consagra direitos individuais e igualdade de tratamento perante a lei, assegura um estatuto igualitário para todas as pessoas membro de uma comunidade política, com um mínimo de interferência do Estado e dos concidadãos na esfera privada, dá mais importância aos direitos individuais do que às responsabilidades coletivas; e, 2. Tradição republicana-cívica (comunitarista), baseada no sentido de pertença à comunidade e em práticas coletivas de autodeterminação, favorece a identificação coletiva e a participação direta nas tomadas de decisão; dá mais relevo às responsabilidades coletivas do que aos direitos individuais.

Ambas as tradições apresentam aspetos sobre os quais importa refletir. A noção de cidadania liberal comporta em si uma contradição, pois o primado da igualdade individual torna-se por vezes demasiado abstrato e normalizador, e como tal pouco sensível às particularidades e subjetividades individuais e de determinados grupos, principalmente grupos minoritários. Isto pode gerar desigualdades entre os cidadãos no acesso a oportunidades de desenvolvimento pessoal e de participação nos processos de tomada de decisão. A ênfase nas liberdades individuais pode ainda favorecer o individualismo, a passividade e a instrumentalização dos direitos por parte dos cidadãos.

Estas constatações sobre a cidadania liberal chamam a atenção para a diferença entre o acesso legal (abstrato) e o acesso efetivo (prático) aos direitos, entre uma cidadania *virtual* (baseada num estatuto formal) e uma cidadania *real* (baseada na capacidade de ação, empoderamento). Os direitos e responsabilidades só são possíveis através da participação numa comunidade política.

“...o Estado por si só não consegue tornar os cidadãos virtuais em cidadãos reais, e muito menos em cidadãos ativos.”
(Menezes, 200, p. 117)

“...o valor da liberdade não reside tanto no gozo individual das liberdades, como acreditavam os antigos liberais, mas sim na efetiva igualdade de oportunidades para exercer os direitos da cidadania...”
(Nogueira & Silva, 2001, p.32).

No entanto também a tradição comunitarista merece uma análise crítica, já que, apesar de poder favorecer a participação direta dos cidadãos, a sua ênfase no sentido de pertença coletiva pode criar estruturas pouco sensíveis à liberdade e diversidade individuais e gerar mecanismos autoritários, conservadores e de exclusão com base em fatores identitários. Os diversos regimes ditatoriais, totalitários e racistas que vingaram na Europa e noutras partes do mundo ao longo do século XX são disso um exemplo claro.

Assim, desta análise importa ressaltar a complementaridade entre estas duas tradições, já que tomadas em conjunto elas revelam que os direitos surgem quando as necessidades individuais passam a ser assumidas como responsabilidades coletivas.

Num esforço de resumo, o sociólogo britânico Marshall (1950) identificou três categorias de direitos complementares (embora tenham sido conquistados em momentos diferentes da História): 1. Direitos civis - liberdade, justiça, propriedade; 2. Direitos políticos - participação nos processos de decisão e no poder; e, 3. Direitos sociais - acesso igualitário a recursos para poder exercer os outros direitos (acesso à educação, saúde, trabalho, habitação, apoio social).

São estes direitos que, nos países ocidentais, têm permitido articular a economia e a participação política democrática e dessa forma manter a liberdade de escolha e de desenvolvimento individual dos cidadãos. Este modelo de cidadania tem por base um conjunto de mecanismos de regulação e de redistribuição, sensíveis às desigualdades, que concedem recursos a todas as pessoas para que consigam exercer efetivamente os seus direitos e responsabilidades. Constrói-se assim a passagem de uma visão abstrata de igualdade para uma conceção concreta e contextualizada de *equidade*. Contudo este modelo pressupõe um processo de construção contínua, conflitual e instável. Os direitos que asseguram a equidade nunca estão garantidos e por isso necessitam de ser constantemente defendidos e exercidos.

Uma cidadania ativa e relacional

Para tentar responder aos desafios contemporâneos que as rápidas transformações das últimas décadas provocaram, torna-se necessário reconfigurar a cidadania. Mais do que um estatuto formal e abstrato, ela necessita de ser concebida como “um conjunto de *práticas* (jurídicas, políticas, económicas e culturais) que definem uma pessoa como membro competente de uma sociedade” (Turner, 1993, citado por Nogueira & Silva, 2001, p.7). Deve ser fundamentada numa atenção crítica às desigualdades e às suas causas, assim como na distribuição de recursos entre pessoas e grupos, de forma a criar condições efetivas (possibilidades e capacidades) para a *participação* de todos os cidadãos.

Nesta ótica torna-se necessário dar relevância ao espaço público como fórum de livre troca de ideias e de debate, permitindo que os problemas particulares sejam apreendidos como problemas coletivos. Implica também promover uma noção de cidadania para além da relação Indivíduo/Estado, mais orientada para a promoção de uma consciência da Humanidade como comunidade moral, com base na *reciprocidade* entre todas as pessoas, na *solidariedade* e na *interdependência*: o desenvolvimento livre de cada um é condição para o desenvolvimento de todos.

Face à constatação da permanência ou até crescimento das desigualdades e dos fenómenos de marginalização, surgem atualmente apelos a uma cidadania diferenciada, multicultural, que reconheça e valorize as vozes diferentes, e em particular dos grupos mais desfavorecidos ou excluídos. Mas estes apelos comportam também o risco de *encerrar* os indivíduos em identidades coletivas fixas e homogêneas, negando a sua capacidade de escolha, de ação e de mudança. Por outro lado, a própria definição de grupo *desfavorecido* pode ser controversa e gerar outras tensões e conflitos.

Para ultrapassar este dilema é necessário o desenvolvimento da *confiança* entre grupos, a construção da *empatia* e a identificação de interesses mútuos e consensos mínimos – construção de uma *cidadania relacional*, que articule igualdade e diferença, que valorize e aproxime diferentes identidades e subjetividades. O que no fundo é o próprio fundamento da política, que pressupõe diversidade, conflito e estabelecimento de compromissos. O objetivo da igualdade é precisamente reconhecer e proteger a diversidade.

Assim, importa promover uma *cidadania ativa*, que valorize mais a *autonomia* dos indivíduos do que a liberdade (em termos abstratos). Face aos discursos contemporâneos que ressaltam o declínio da participação política e o individualismo, urge reforçar a dimensão participativa da cidadania e a solidariedade, ensinando a cidadania pela prática democrática. E, urge também passar a conceber uma *cidadania múltipla*, estendendo a reflexão sobre os direitos e as responsabilidades recíprocas às diversas dimensões das relações humanas, dos contextos formais/institucionais aos não-formais e informais, do domínio público ao privado (cidadania íntima), do local ao global (cidadania global).

A Educação para a Cidadania

No final do século XX, a família deixa de ter um papel preponderante como instituição que educa para a vida em comum e é à Escola que se exige que preencha este vazio. A Escola e a Educação para a Cidadania (EC) aparecem como único meio de combater a *crise de referências que se abate sobre as novas gerações* e as consequentes *ameaças* à coesão social (Fonseca, 2001).

No entanto, tem-se verificado uma tendência individualizante e normalizante da EC realizada nas escolas, afastada dos contextos socioculturais em que os educandos vivem. A sua prática tem-se centrado essencialmente na transmissão de informações sociopolíticas e históricas e regras de conduta – ênfase na dimensão cognitiva. Mas é cada vez mais consensual que o domínio de factos e regras não garante o exercício de uma cidadania inteligente e ativa. É a própria escola que deve ser um contexto de reconhecimento cívico e de participação democrática, o que poucas vezes acontece.

A EC implica a aquisição não só de conhecimentos, mas também de competências práticas que permitam aos educandos exercer os seus direitos e responsabilidades, assim como conhecer as suas consequências. Implica coerência entre teoria e práticas, a transmissão de valores e a oportunidade de os exercitar.

A EC deve contrariar uma visão dos jovens como *espectadores*, à espera da sua vez. Estes devem sentir-se integrados na sociedade mais ampla, estar em articulação com os contextos local e global e tomar *consciência* da realidade vivida pelos seus semelhantes, de forma a estimular um sentido de *corresponsabilidade* e de *solidariedade*. As estratégias de EC devem proporcionar o contacto com a diversidade de modos de pensar e agir, mas também incentivar os jovens a realizar *escolhas*, de forma a promover uma definição cívica de si, em consonância com o progressivo autoconhecimento e reconhecimento do *outro social*. Trata-se de um processo ao mesmo tempo cognitivo, socioafetivo e moral, em que a pessoa tem um papel ativo.

A EC deve assim assentar em duas dimensões de conteúdos: 1) *Valores* fundamentais da cidadania democrática (liberdade, respeito, participação responsável, solidariedade, inclusão, ecologia, Direitos Humanos); e, 2) *Competências/saberes* que permitam concretizar: *Conhecimentos* (regras de conduta, direitos e deveres, funcionamento das instituições, História...) – *saber-saber*; *Capacidades* (relacionamento interpessoal, cooperação, reflexão crítica, negociação e tomada de decisões...) – *saber-fazer*; e *Atitudes* (respeito, abertura, tolerância, humildade, solidariedade...) – *saber-ser*.

Uma estratégia de EC deve sempre procurar uma coerência entre o desenvolvimento cognitivo e o desenvolvimento afetivo e moral, entre juízo e ação. Deve propiciar o raciocínio sobre situações problemáticas pessoais e próximas e articulá-lo com situações externas, mais abstratas e globais. Deve também assentar na interação, no diálogo e na participação ativa dos jovens, no âmbito de um sistema de direitos e responsabilidades coletivamente assumido.

A abordagem metodológica principal deve ser aquela que dá primazia à *aprendizagem experiencial* e à construção coletiva de saberes, que valoriza o *processo* educativo e não apenas os seus resultados, e que capacita todos os participantes para a autonomia e para a participação crítica e responsável.

A EC exige ainda *coerência* entre os conteúdos abordados, as estratégias metodológicas adotadas e a organização dos contextos onde ela se desenvolve. Assim, a EC necessita de ocorrer em comunidades justas e democráticas, onde os indivíduos estejam envolvidos na sua construção, de maneira a que o sentido de cooperação e de corresponsabilidade se torne real. Isto exige que se passe de uma conceção de Educação para a Cidadania para uma *Educação na Cidadania* – a cidadania não se ensina mas aprende-se. Ultrapassar a lógica hierárquica do professor e do *aprendiz* para dar lugar à valorização da diversidade dos saberes, à mediação e à parceria.

...[é fundamental que] “a educação para os valores da cidadania e da democracia deixe de ser um objetivo educacional e se transforme num processo pedagógico em si mesmo, assumido e concretizado por todos os agentes implicados no acto educativo”
(Fonseca, 2001, p. 47).

Assim, um programa de ação em EC deve ultrapassar as fronteiras da sala de aula e ser capaz de *responder aos novos desafios sociais*, tais como a diversidade cultural e de estilos de vida, a revolução das tecnologias de informação e comunicação, a pobreza e a exclusão social, os mecanismos de discriminação, a degradação ambiental e o desenvolvimento sustentável, os novos desafios à justiça e equidade aos níveis local, nacional e global. Para tal, deve constituir-se como um processo educativo que se integra nos contextos quotidianos para produzir um *conhecimento situado e relevante*. Assim, torna-se fundamental a interação e a colaboração entre as instituições educativas formais, as instituições estatais, e as diversas organizações e movimentos da sociedade civil, contextos por excelência de educação não-formal *na cidadania*.

... este cenário abrangente requer um entendimento amplo da cidadania e dos seus cruzamentos com a educação. Identifica na escola um protagonismo institucional e pedagógico essencial... mas reconhecendo que o mais importante é escrutinar pelos eixos motores da assimetria na construção do género e das discriminações ancoradas em categorias de pertença, como sexo, idade, estatuto na família, estado civil, origem social, classe, orientação sexual, identidade de género, país de origem, plurinacionalidade, cultura, religião, identidades minoritárias, comunidades culturais, situação de deficiência, tendo presente a transversalidade das relações de poder que estruturam as relações interpessoais, grupais e sociais, nos mais diversos contextos tanto a nível local como global. Importa, sobretudo, mobilizar um conceito extensivo de cidadania que abranja as esferas pessoal e profissional, privada e pública, a participação política e institucional e o quotidiano, na perspetiva da democracia, do desenvolvimento humano, da mobilidade, da co-responsabilidade e da intersolidariedade do espaço planetário
(Fórum Educação para a Cidadania, 2008).

Bibliografia

- Fonseca, António Manuel (2002), *Educar para a Cidadania*, Porto: Porto Editora.
- Fórum Educação para a Cidadania, 2008, *Objetivos Estratégicos e Recomendações para um Plano de Ação de Educação e Formação para a Cidadania*, in <http://www.min-edu.pt/outerFrame.jsp?link=http%3A//www.cidadania-educacao.pt/> (acedido a 19/11/2009)
- Marshall, T. S. (1950), *Citizenship and Social Class, and other essays*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Menezes, Manuel, (2001), *As Práticas de Cidadania num Poder Local Comprometido com a Comunidade*, Coimbra: Quarteto.
- Nogueira, C. & Silva, I. (2001), *Cidadania: construção de novas práticas em contexto educativo*. Lisboa: Edições ASA

Educação, cidadania e desenvolvimento: Das práticas ao desafio da institucionalização

Educação, cidadania e desenvolvimento: Das práticas ao desafio da institucionalização

Júlio G. dos Santos

Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Educação

Da educação internacional ao compromisso com a cidadania

O trabalho desenvolvido pela Escola Superior de Educação (ESE) do IPVC, através do Gabinete de Estudos para a Educação e Desenvolvimento (GEED) nos últimos dez anos, significou um compromisso com as ideias e práticas da participação local e global, da cooperação para o desenvolvimento (como veículo de internacionalização e inserção global), da educação internacional e comparada no sentido da valorização e institucionalização de outros discursos e outras vozes no campo da educação e da formação. O trabalho a nível educativo tem tido como referência autores como Crossley e Watson (2003), comparativistas que enfatizam a autenticidade de outras vozes, a diferença e a crescente importância do papel e do significado de fatores locais e culturais no processo de mudança educativa no mundo, sobretudo, considerando o falhanço na implementação de muitas iniciativas de desenvolvimento educativo inspiradas nas agendas internacionais.

Neste campo de construção, contínuo e complexo, de discursos e práticas de intervenção educativa, de construção de conhecimento sobre outras sociedades e de intervenção local e global com o objetivo de integrar projetos e programas, está a Cidadania, enquanto ética de participação, a assumir um papel com um grande potencial enquanto ideia e prática que desafia as injustiças (Nogueira & Silva, 2001). Poderá dizer-se que este continua a ser um dos temas inspiradores do trabalho do GEED e que vai marcando o seu percurso no presente, emergindo como espaço de apropriação e de implementação de valores, atitudes e práticas educativas, bem como de projetos de inovação que possam contribuir para o desenvolvimento de processos conducentes a uma *humanização da globalização* (UNESCO/IIIEP, 2007).

A crescente apropriação pela instituição de práticas ativas de cidadania, de reflexão sobre os vários processos da sua construção e institucionalização, numa espécie de ensaio constante de experiências e novos caminhos da *educação na cidadania*, conduziu a que o IPVC, no plano político e operativo, integrasse e assumisse esta dimensão no seu Plano Estratégico 2008-2013, destacando-se a cidadania e a solidariedade como valores consagrados na Missão desta instituição. Este é um primeiro sinal de visibilidade e de importante apropriação de uma política favorável à implementação no seio da instituição de uma dimensão que, até ao presente, estava apenas implícita e era levada a cabo a título experimental. O papel e a formação sobre o voluntariado, desenvolvido pela ESE em articulação com outros atores da sociedade civil e do terceiro sector, tiveram uma importância crucial na sensibilização e na criação de *lobby* nesta área na instituição.

Não é, por isso, alheio a este quadro de progressiva institucionalização o facto de o GEED ter, desde o seu início em 2000, colocado a tónica na participação e mobilização dos estudantes para os projetos de intervenção comunitária local e internacional. Estas iniciativas, fortemente influenciadas pelas agendas, prioridades e princípios das organizações da sociedade civil (e.g. das organizações não-governamentais, como o Instituto de Solidariedade e Cooperação Universitária, a Ayuda in Accion da Galiza, entre outras), foram florescendo e deram origem a projetos de voluntariado como afirmação contínua de práticas de cidadania no âmbito da educação para o desenvolvimento (ED) no quadro mais vasto de promoção da cidadania global.

À luz destas práticas, marcadamente pessoais e cujo impacto na edificação de uma cidade mais solidária – já denominada de *Viana Solidária* devido à natureza do envolvimento e proximidade de valores – se começa agora a verificar nas sinergias que estão a ser criadas com outras instituições *praticantes* da cooperação e da ligação com outras sociedades, em particular em alguns contextos lusófonos. Constituem exemplos desta convergência para a ideia de cooperação, para a solidariedade e para a prática da educação para o desenvolvimento as iniciativas desenvolvidas, algumas em parceria com o GEED, pela Associação Audiovisual *Ao Norte*, pela Câmara Municipal no quadro das geminações (Cabo Verde e Guiné-Bissau) e pela Associação de Cooperação com a Guiné-Bissau e até pela Associação de Municípios do Vale do Minho-ADRMINHO. Aproxima-se esta dinâmica de interligação e procura destes caminhos da *cooperação* e do envolvimento em projetos de desenvolvimento da ideia de *cluster* de atores em prol da cooperação descentralizada.

Faltará, porventura, uma reflexão mais profunda sobre os processos, sobre as parcerias, sobre as lições aprendidas, sobre o impacto na ótica dos municípios e sobre a relação e conhecimento sobre o *outro*. Esta é a situação com a qual o distrito (e os atores sociais e políticos) se confronta atualmente: Ausência de reflexão consistente e criteriosa sobre o potencial, os atores e contextos ligados à prática da cidadania, tanto local, como global. Poderá afirmar-se que o IPVC tem uma especial responsabilidade na promoção de uma reflexão crítica, devendo tornar-se numa plataforma de criação e aplicação de conhecimento relevante no e para o distrito.

Educação para o desenvolvimento e formação para a cidadania global

No sentido de reconhecer e valorizar o conhecimento sobre outras sociedades decorrente do trabalho de cooperação, estão as Escolas Superiores de Educação, assim como o estado e a sociedade civil, agora confrontadas com o processo de implementação da Estratégia Nacional de Educação para o Desenvolvimento (ENED) promovida pelo governo português e, recentemente publicada em Diário da República. Esta linha de trabalho e sensibilização já assumida pela ESE de Viana do Castelo na linha da consciencialização e compreensão sobre a problemática do desenvolvimento, situa-se no quadro de referência dos direitos e das responsabilidades individuais e coletivas no âmbito da interação complexa entre o planeta no seu todo e o local que habitamos ou em que agimos (ENED, 2009). Caberá também à ESE a assunção da responsabilidade no que concerne à docência da educação para o desenvolvimento, no âmbito quer da educação para a cidadania, quer da reflexão e interação com outras *educações para...* (educação para os direitos humanos, educação para a paz, educação para o ambiente, educação global, educação intercultural, etc.).

Igualmente será importante reforçar e consolidar o seu papel na institucionalização da ED nos espaços do ensino formal e não formal. De facto, o ensino superior e, em particular, os cursos de Ciências de Educação no quadro da formação inicial e contínua deverão ser, conforme recomenda a ENED, particularmente sensíveis ao relacionamento com a formação em ED, visto que não tem sido dada a devida visibilidade a esta área no âmbito da educação para a cidadania na formação de professores e educadores. Ora, a criação desta disciplina, no âmbito do mestrado em Promoção e Educação para a Saúde e considerando as ramificações construídas ao longo de cerca de uma década, também oferece margem de manobra de reflexão para a ED, tentando colmatar esta lacuna e contribuindo para uma abordagem mais holística e integrada da área da Educação para a Cidadania.

Assim e, na perspetiva concreta do trabalho pedagógico e formativo da ESE, enquanto instituição promotora de inovação para novas gerações de educadores, urge igualmente que a educação *na* e *para* a cidadania, como enfatizado acima, surja como contributo para repensar os conceitos, para refletir e renovar as práticas da cidadania no mundo escolar. De acordo com Fonseca (2001, p. 8), a educação para a cidadania deve ser uma “condição de sucesso” de qualquer educador, cabendo à escola, enquanto “detentora da chave do futuro” fornecer as “bases essenciais de uma educação para a cidadania que promova abertura ao outro social”. Será necessário que nos planos de formação de professores sejam integrados conteúdos de carácter sociológico, ético, filosófico e psicológico, possibilitando que cada professor se possa assumir como profissional da educação no domínio da cidadania (idem, 2001). Na mesma linha de pensamento, Thomas (2004) advoga que o currículo da formação de professores deve partir das necessidades dos professores e alunos, assim como da sociedade em geral. Neste sentido, sugere que a aprendizagem da cidadania seja um dos domínios cognitivos a ser adotado visto que se relaciona com as necessidades *intrínsecas* de professores e alunos, enquanto dimensão de desenvolvimento pessoal do ser humano, a par do ensino de outras áreas como a educação para os valores, a estética, os estudos culturais, sendo a sua institucionalização e adoção mais necessária do que nunca num mundo globalizado. Também o Fórum Educação para a Cidadania (2008, p.32) recomenda, no seu *objetivo estratégico seis*, que se deve garantir a formação inicial e contínua de docentes e outros grupos de profissionais e agentes educativos direcionada para a aquisição de competências para trabalhar a Educação para a Cidadania Global na escola, assegurando a criação, a adaptação, o desenvolvimento e a difusão de recursos e materiais didáticos para o efeito.

Em conclusão, estamos perante um cenário de trabalho e de consolidação progressiva de uma área que, sob vários pontos de vista, muito tem enriquecido o nosso trabalho e onde se inscrevem dimensões relativas à intervenção nos contextos, à investigação, ao *lobby* e advocacia, à docência e à participação social, cultural e política em espaços geográficos diferenciados, próximos e distantes. É numa encruzilhada de abordagens teóricas e práticas que se tem construído um caminho singular no seio da instituição. No caso específico da disciplina de Educação para a Cidadania, pretende-se que contribua para o estudo e sistematização de processos e práticas conducentes à conceção e implementação de uma escola democrática e ao exercício da cidadania crítica, especialmente neste distrito, que também irá implicar uma reflexão sobre o processo de construção de cidadãos globais. Esta é uma oportunidade que, seguramente, numa perspetiva ética, participativa e crítica, não se poderá desperdiçar.

Bibliografia

- Crossley, M. & Watson, K. (2003) *Comparative and International Research in Education: globalization, context and difference*. London: Routledge Falmer.
- Fonseca, A. M. (2002), *Educar para a Cidadania*, Porto: Porto Editora.
- Nogueira, C. & Silva, I. (2001), *Cidadania: construção de novas práticas em contexto educativo*, Lisboa: Edições ASA.
- Fórum Educação para a Cidadania (2008). *Objetivos estratégicos e recomendações para um plano de ação de educação e formação para a cidadania*, in www.min-edu.pt/np3/54.html.
- IPAD (2009). *Estratégia Nacional de Educação para o Desenvolvimento (ENED)*, Lisboa: IPAD.
- Thomas, E. (2004). *Globalization, Cultural Diversity and Teacher Education*, in Cullingford C. e Gunn, S. (eds) *Globalisation, Education and Culture Shock*. Aldershot: Ashgate.

Educar para a saúde, o ambiente e a cidadania participativa

Luísa Neves & Joana Oliveira

Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Educação

Introdução

Como referido por Luísa Schmit¹ a saúde das populações está associada aos princípios de sustentabilidade, em que as questões ambientais, da saúde e do desenvolvimento se correlacionam, carecendo por isso de uma abordagem integrada e interdisciplinar. Também a Agenda 21, preconiza uma estratégia de ação integrada, nomeadamente no que concerne à redução dos riscos para a saúde causados pela poluição.

Um dos problemas que tem vindo a ganhar importância em termos de saúde pública diz respeito ao aumento da incidência de doenças respiratórias na União Europeia (APHEIS, 2004), sendo que a concentração de poluentes no ar interior, é, em alguns casos, superior à do ar exterior (Brickus & Aquino Neto, 1999; CITIDEP, 2004; Conselho de Ministros; Davidson et al., 2007). Do exposto resulta a necessidade de medir, não só os níveis de poluição do ar exterior, mas também do ar interior e, sobretudo, obter dados de exposição pessoal passíveis de serem correlacionados entre si e com os indicadores de saúde pública (Le Tertre, Schwartz & Touloumi, 2005).

Por outro lado, constata-se haver um défice na intervenção dos cidadãos na resolução dos problemas referidos que aponta para a ineficácia dos modelos tradicionais de sensibilização dos mesmos para a poluição e seus efeitos na saúde. Torna-se, pois, necessário usar estratégias mais eficazes de tratamento destes temas a nível do ensino básico e secundário, como sejam a de dar oportunidade aos alunos de experienciarem processos que visem a resolução de problemas concretos que os afetam diretamente, permitindo-lhe agir de forma responsável e exercer uma cidadania participativa (Afonso, 2004; Oxfam, 2006).

Com base nestes pressupostos, definiu-se como um dos principais objetivos do projeto² *EuroLifeNet/ Ciência Viva – Aprendendo/exercendo cidadania, medindo a qualidade do ar* (que a seguir descrevemos), potenciar a educação para o desenvolvimento sustentável envolvendo os alunos na recolha de dados ambientais, e consequentemente promovendo o seu conhecimento de problemas reais, ajudando-os a integrar os conceitos de ambiente e saúde, e fomentando a sua participação ativa na prossecução de mudanças para uma melhor qualidade de vida das populações.

Desenvolvimento

O projeto, desenvolvido em várias escolas de ensino básico e secundário, contando com o apoio de técnicos e cientistas de várias instituições, integrou-se num programa de âmbito internacional – EuroLifeNet (CITIDEP) - liderado pelo Centro de Investigação em Tecnologias de Informação e Democracia Participada (CITIDEP) e apoiado pelo Instituto para o Ambiente e a Sustentabilidade do Centro de Investigação da Comissão Europeia - IES/JRC, Ispra, Itália (Instituto para o Ambiente e a Sustentabilidade do Centro de Investigação da Comissão Europeia, 2009) - que visa articular a recolha de dados científico-ambientais e a consciencialização da população através da participação ativa na recolha, tratamento e interpretação de dados.

Com este projeto pretendia-se não só obter dados sobre a concentração de matéria particulada (P.M.2.5) (Parlamento Europeu, 2008), mas também abordar a qualidade do ar de modo a que os alunos fossem veículo de mudança comportamental na comunidade, promovendo a adoção de práticas mais sustentáveis.

Após definição da rede de escolas participantes, localizadas em diferentes regiões de Portugal, realizaram-se encontros com todos os parceiros, professores, técnicos e cientistas, para acordar sobre os moldes de execução do projeto nas escolas, salvaguardando as questões pedagógicas e curriculares sem pôr em causa a qualidade científica dos dados recolhidos. Foram preparados guiões de utilização dos aparelhos a usar, realizada a formação de professores nos aspetos técnicos, definidos os períodos e protocolos de amostragem e feita a seleção dos alunos responsáveis pela recolha de dados.

Paralelamente foi feita uma análise dos currículos do Ensino Básico e Secundário para aferir da melhor forma de inserir o projeto em cada uma das escolas. Por exemplo, na Escola Secundária de Ponte de Lima, optou-se por desenvolvê-lo numa turma do 12º ano de curso científico-humanístico, na área de projeto, por ser uma disciplina especialmente vocacionada para o

¹ Comunicação pessoal

² Financiado por Ciência Viva, medida V6.1 POCI 2002 (ref. 116-2005).

desenvolvimento e concretização de projetos, privilegiando a interdisciplinaridade, a autonomia dos grupos e a relação com o meio (Ministério da Educação, 2006).

Alguns alunos mostraram resistência à proposta de realização de um projeto sobre a qualidade do ar uma vez que consideravam ser redundante, pois a temática já tinha sido abordada em anos letivos anteriores. Contudo, durante a pesquisa sobre P.M. 2.5 verificaram não existir muitos estudos disponíveis sobre o assunto, embora fosse reconhecido o seu impacto na saúde pública. Perceberam ainda que a dificuldade de obtenção de dados de exposição pessoal impossibilitava a elaboração de legislação reguladora da libertação das P.M. 2.5 para a atmosfera.

Quando começaram a manusear os aparelhos (analisador de partículas, *AM510 SidePak Personal Aerosol Monitor*[®] (Trust Science Innovation), amostrador gravimétrico fixo e GPS) e a realizar atividades concretas para descobrir as suas características e funcionalidades, começaram a mostrar-se muito motivados para prosseguir, perspetivando a importância de recolher valores reais de exposição pessoal. A resolução de problemas concretos, como, por exemplo o transporte e sincronização dos aparelhos, foi um desafio ultrapassado de forma criativa.

Durante as campanhas de recolha de dados, no outono e na primavera, utilizaram diariamente os aparelhos seguindo o mais rigorosamente possível os protocolos previamente definidos de recolha, sistematização e envio de dados. Estabeleceram a ligação entre o analisador e os computadores através da utilização do *software Trakpro* que lhes permitia visualizar e organizar os dados recolhidos em gráficos, como por exemplo o da figura 1, que posteriormente podiam interpretar e discutir.

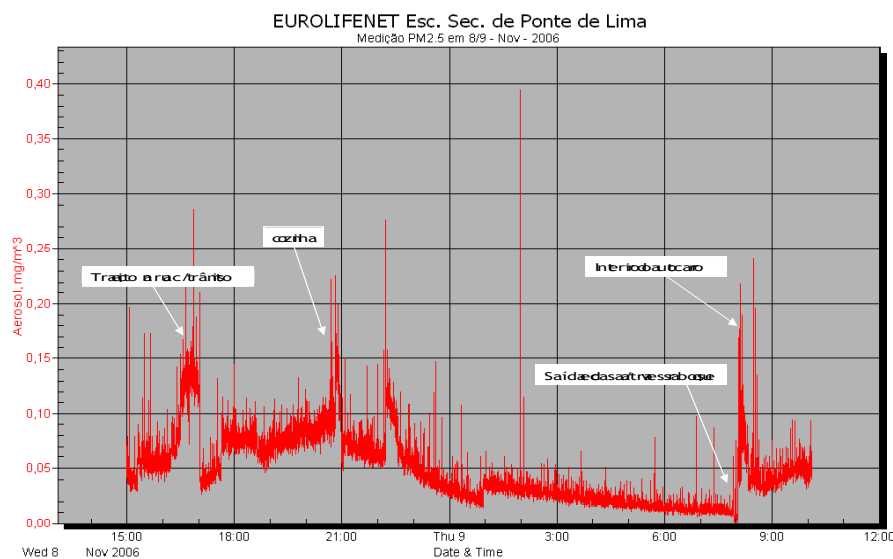


Figura 1 – Exemplo de um gráfico elaborado com os dados recolhidos com o AM510 SidePak, nos dias 8 e 9 de Novembro de 2006

Entre as campanhas, a motivação dos alunos não esmoreceu. Aproveitando os conhecimentos adquiridos e a permanência dos medidores na escola, procederam à realização de pequenas investigações sobre o impacto do ambiente na saúde, como, por exemplo: 1. *implicações na qualidade do ar das salas de aula do quadro de giz* - os alunos recolheram dados em duas salas da escola, uma com quadro de giz e outra com quadro de tinta, e interpretaram os dados recolhidos; 2. *concentração de P.M. 2.5 e prevalência de doenças respiratórias crónicas* – os alunos elaboraram um inquérito sobre doenças respiratórias que foi preenchido por uma amostra de pessoas da comunidade escolar e estabeleceram contacto com o delegado de saúde que enviou relatórios sobre a prevalência de pessoas com doenças respiratórias em Viana do Castelo, o que lhes permitiu fazer a comparação dos dados de concentração de P.M. 2.5 recolhidos e a prevalência de doenças respiratórias.

Os trabalhos realizados pelos diferentes alunos envolvidos no projeto foram apresentados nas escolas e em encontros nacionais e internacionais.

Ao longo do ano foram trocadas informações entre alunos das diferentes escolas que constituíram a rede. Os pais e encarregados de educação foram informados da realização do projeto e dos seus objetivos, tendo auxiliado os seus educandos na manipulação do analisador de P.M quando este se encontrava em casa. No final do ano letivo mostraram ter conhecimento sobre as implicações das P.M. 2.5 na saúde humana.

Conclusões

Os alunos envolveram-se na recolha e interpretação de dados ambientais para responder a uma necessidade social, em parceria com cientistas (Brandão et al., 2008). Resolveram problemas e consciencializaram-se das implicações da qualidade do ar na saúde das populações, demonstrando no desenrolar do processo (criativo e investigativo) grande empenho e satisfação no cumprimento das tarefas planificadas.

Desenvolveram competências de cidadania ativa, de pensamento crítico e reflexivo, de comunicação, e uma maior sensibilidade para a adoção de atitudes mais sustentáveis em termos de ambiente e de saúde pública.

Ao envolverem a família e outros elementos da comunidade no processo contribuíram para o disseminar informação relevante sobre o tema necessária a uma mudança consciente de comportamentos em prol de um desenvolvimento sustentável.

Assim, os resultados obtidos apontam no sentido de que a metodologia utilizada, de carácter eminentemente prático e envolvendo os alunos em processos reais de recolha de dados e de resolução de problemas, motiva os alunos para a aprendizagem, permite-lhes obter uma visão mais próxima da ciência nas suas relações com a saúde e o ambiente (Schmidt, Gonçalves, & Guerra, 2007), e potencia comportamentos mais responsáveis e esclarecidos na prossecução de ações que visem melhorar a qualidade de vida das populações.

Bibliografia

- Afonso, M. (2004). Educação para a Cidadania em Portugal. In Ministério da Educação/DEB (Ed.), *Flexibilidade Curricular, Cidadania e Comunicação* (449-467). Lisboa: DEB.
- APHEIS. (2004). Aphis Health Impact Assessment in 26 Cities. Saint-Maurice: APHEIS (Air Pollution and Health: A European Information System).
- Brandão, D., Pereira, A., Magalhães, T., Sousa, F., Amorim, M., Gonçalves, V., Teixeira, A. (2008). *EuroLifeNet - Fazer Ciência na Escola*. Paper presented at the I Congresso VIVER AMBIENTE, Braga.
- Brickus, L. S. R., & Aquino Neto, F. R. d. (1999). A qualidade do ar de interiores e a química. *Química Nova*, 22, 65-74.
- CITIDEP. EuroLifeNet - um Programa CITIDEP em Ambiente, Saúde, Educação e Cidadania para a Europa. Retrieved 10 de fevereiro, 2009, from <http://www.eurolifenet.eu/indexp.html>
- CITIDEP. (2004). PEOPLE - Population Exposure to Air Pollutants in Europe. Retrieved 10 de fevereiro, 2009, from <http://www.citidep.net/docs/peopleciti.pdf>
- Davidson, O., Chenene, M., Kituyi, E., Nkomo, J., Turner, C. & Sebitosi, B. (2007). Sustainable Energy in sub-Saharan Africa. Seychelles: ICSU Regional Office for Africa.
- Directiva 2008/50/CE do Parlamento Europeu, publicado no Jornal Oficial da União Europeia, Série L. (2008).
- Instituto para o Ambiente e a Sustentabilidade do Centro de Investigação da Comissão Europeia. (2009). Instituto para o Ambiente e a Sustentabilidade do Centro de Investigação da Comissão Europeia - IES/JRC. Retrieved 10 de fevereiro, 2009, from <http://ies.jrc.ec.europa.eu>
- Le Tertre, A., Schwartz, J., & Touloumi, G. (2005). Empirical Bayes and Adjusted Estimates Approach to Estimating the Relation of Mortality to Exposure of PM10. *Risk Analysis*, 25(3), 711-718. doi: 10.1111/j.1539-6924.2005.00606.x
- Ministério da Educação. (2006). *Orientações: área de projecto dos Cursos Científico- Humanísticos Projecto Tecnológico dos Cursos Tecnológicos 12º Ano*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Oxfam. (2006). Education for Global Citizenship: A Guide for Schools. (12). Oxford: Oxfam.
- Schmidt, L., Gonçalves, A., & Guerra, J. (2007). EuroLifeNet: Análise Sociológica dos Impactos nos Valores e nas Atitudes Sociais dos Estudantes sobre Poluição do Ar - Relatório de Execução. Lisboa.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 91/2008 de 4 de Junho, publicado no Diário da República Portuguesa, I série, n.º 107.
- Trust Science Innovation. Exposure Monitoring - SidePak AM510 Personal Aerosol Monitor. Retrieved 10-02-2009, from www.tsi.katowice.pl/D/SidePak.pdf

Programa *Eu e os Outros*: Promoção sustentável de competências pessoais e sociais

Paula Alexandra Brites Ferreira

Centro de Respostas Integradas de Viana do Castelo, Equipa *Eu e os Outros*

O presente artigo apresenta o programa *Eu e Os outros* como uma ferramenta que recorre à narrativa interativa, por forma a desenvolver competências pessoais e sociais em adolescentes. Assim, apresenta temas transversais, introduzidos por histórias, que permitem trabalhar a abordagem a substâncias de uma forma integrada, promovendo o processo de tomada de decisão.

Contextualização e descrição do programa

O programa *Eu e os Outros* surgiu como uma iniciativa do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), designadamente da *Linha Vida SOS Droga*, integrado no desenvolvimento do site infanto-juvenil *Tu alinhas*, em 2006.

Este programa preventivo tem como objetivo geral promover a reflexão em grupo sobre temas ligados ao desenvolvimento da adolescência, através de uma dinâmica de grupo geradora de crescimento pessoal e social. Constitui-se como um instrumento promotor de processos de tomada de decisão, confrontação no seio do grupo e exploração de informação adotando o formato de jogo interativo que tem por base nove narrativas.

A sua utilização pressupõe a exploração por parte do adolescente de um suporte informático em grupo, dinamizado por um adulto (o aplicador) a partir de um conjunto de instruções que estão reunidas num manual preparado para o efeito.

Os jogadores têm, então, por objetivo de jogo conduzirem um grupo de personagens (9 no total) ao longo de histórias que lhes oferecem diversas possibilidades de tomada de decisão. As histórias construídas até à data são as seguintes: Crescer; a amizade; a escola; a família; amores e paixões; drogas e lei; contextos recreativos; futuro; e álcool.

O *Eu e os Outros* foi estruturado com base num conjunto integrado de modelos teóricos, nomeadamente, o modelo de influência social e o compreensivo/social, com particular incidência nos fatores de risco e proteção. Não menos importante foi o modelo cognitivo/informativo, bem como uma corrente teórica oriunda dos campos da promoção da saúde, residindo o seu contributo preventivo na noção alargada do conceito de saúde. Por último, importa ainda referir a influência do modelo construtivista (IDT, *s/d*).

No seguimento do acima mencionado, o programa visa o desenvolvimento de competências sócio-emocionais, como a capacidade de tomar decisões; a assertividade; competências de comunicação; gestão de conflitos; e gestão de emoções. Trata-se de uma abordagem integrada na qual os conteúdos referentes à prevenção do consumo de substâncias psicoativas se cruzam com temas típicos da fase da adolescência, nomeadamente a sexualidade, o *bullying*, as relações de amizades, as culturas juvenis, a autonomia face às dinâmicas familiares, o enquadramento legal das substâncias, os processos de reabilitação e a pessoa com deficiência, bem como a participação social ativa e o voluntariado. Procura-se conjugar o interesse de diferentes áreas temáticas na promoção da saúde num mesmo material.

O programa pretende que os técnicos dos Centros de Respostas Integradas (CRI) obtenham e disseminem formação na área da prevenção do consumo de substâncias, dotando os técnicos de suporte (aplicadores: professores, psicólogos escolares, técnicos psicossociais, estudantes universitários, entre outros) de competências essenciais à utilização mais adequada deste material de prevenção. Esta formação base compreende três módulos: Formação Presencial de Base; Formação Presencial de Aplicação e a Formação Não Presencial de Aplicação.

A metodologia definida para a formação *Eu e os Outros* reúne técnicas e métodos diversificados, privilegiando a componente prática, como forma de facilitar a aquisição de conhecimentos pelos formandos. Recorre-se aos métodos expositivo, interrogativo e ativo, procurando criar uma dinâmica ativa e cativante para os jogadores, apostando na ação-reflexão através do jogo.

A avaliação de processo é realizada através da *documentação da formação* e a avaliação de resultados efetua-se através de um pré e um pós teste (escala LEQ, atualmente em processo de validação).

Além do suporte informático das nove histórias que pressupõe um manual de orientação da aplicação, o programa tem ainda como recursos: O site www.tu-alinhas.pt e a *Linha telefónica SOS Droga 1414*.

Em 2011, foram desenvolvidas parcerias no sentido da aplicação do programa no terreno, que se mantiveram no ano de 2012³.

³ Direção Geral de Educação; Direção Geral da Saúde/ Ministério da Saúde; Instituto da Segurança Social, Programa Integrado de Educação para a Cidadania; Comissão para a Igualdade de Género; Ministério do Trabalho e da Segurança Social; PSP/GNR – Programa de Proximidade Escola Segura, Ministério da Administração Interna; Instituto da Cardiologia Preventiva; Instituto Português do Desporto e da Juventude, Instituto Nacional de Reabilitação e Ensino Superior (parceria com algumas Universidades e Institutos Politécnicos para

Estas parcerias, além de terem permitido agilizar a divulgação do programa, visaram, sobretudo, consolidar os conteúdos que não dizem respeito às substâncias diretamente.

O trabalho conjunto resultou na revisão dos conteúdos, levantamento de *sites* e revisão bibliográfica (incluídos no manual de apoio ao programa). Permiteu, ainda, que os parceiros assumissem a aplicação do programa em projetos-piloto no âmbito das suas competências, nomeadamente no que diz respeito à Escola Segura, ao Programa *Cuida-te* e ao Plano para a Igualdade de Género e de Luta contra a Violência no Namoro.

O envolvimento dos parceiros significa ainda a participação ativa no desenvolvimento do programa através de sessões junto da população alvo que aparecem assim de uma forma contextualizada numa narrativa que oferece um *chapéu aglutinador* das diferentes temáticas.

Avaliação do programa *Eu e os Outros* (2011-2012)

Os dados que apresentamos de seguida foram fornecidos pelos CRI. Todavia, importa salvaguardar que podem não refletir a abrangência total do programa, dado que decorriam aplicações no tempo de recolha de dados. Ainda assim, permitem-nos ilustrar o aumento de aplicadores e jogadores que participaram a nível nacional. Embora subavaliado, verificamos um acréscimo significativo do número de jogadores entre o ano 2009 e o 2012, com 9459 jogadores em 2009/2010 e 12114 em 2011/2012 (Tabela 1).

Tabela 1- Número de jogadores nos anos 2009/2010, 2010/2011 e 2012/2013

CRI's 2011/12	Técnicos	Instituições	Aplicadores	Jogadores
Porto Oriental	2	6	27	398
Bragança	1	7	13	104
Porto Central	6	10	34	1241
Viana do Castelo	2	7	22	784
Vila Real	1	1	17	287
Lisboa Ocidental	2	3	10	100
Setúbal	3	9	96	1197
Évora	1	16	46	1125
Algarve	5	10	30	477
Aveiro	2	10	131	2578
Viseu	2	21	167	2078
Coimbra	4	4	4	57
Guarda	3	8	33	434
Castelo Branco	3	12	25	324
Leiria	1	7	27	463
Braga	1	11	35	467
TOTAL	39	142	717	12114

Dados de 2009/2010			
Técnicos	Instituições	Aplicadores	Jogadores
39	145	544	9459

Instrumento utilizado na avaliação

Para a avaliação do impacto do programa recorreu-se ao preenchimento de uma escala de avaliação da autoeficácia (LEQ). Os dados recolhidos com os inquéritos foram inseridos numa base de dados preenchidas pelos aplicadores e técnicos de suporte e, analisados através do SPSS (v.17).

A Escala LEQ, *The Life Effectiveness Questionnaire: Development and psychometrics*, (Richard, Ellis e Neill, 2002; Neill, Marsh e Richards, 2003) tem como principal objetivo a avaliação da capacidade de um sujeito para se adaptar, resistir de uma forma geral. A aferição está em curso e a tradução foi da responsabilidade do IDT⁴.

formação de Aplicadores, nomeadamente pelos CRI's de Évora, Leiria, Lisboa (Serviços Centrais e NAT), Setúbal, Viana do Castelo, Porto (NAT) e Faro.

⁴ Agora designado Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)

Tem por base a avaliação de diversos fatores associados à autoeficácia de um sujeito, tais como, a capacidade de gerir o seu tempo; competência social; motivação voltada para a definição e concretização de objetivos; flexibilidade intelectual; gestão de tarefas /capacidade de liderança; controlo emocional; proatividade e autoconfiança. As respostas a esta escala, de 24 itens, são cotadas com valores entre um (falso) e oito (verdadeiro).

A seleção do instrumento de avaliação prendeu-se com o facto de ser utilizado para medir mudanças no desenvolvimento pessoal em programas de intervenção, bem como para avaliar a tendência dos sujeitos para assumirem responsabilidade pelas suas próprias ações e sucessos. Procura-se analisar se ocorrem diferenças significativas na autoeficácia dos adolescentes mediante a participação no programa *Eu e os Outros*, tentando explorar de que forma é que esta participação altera ou não os comportamentos destes.

Resultados obtidos através da aplicação da LEQ

Estudo 1

No ano letivo de 2009/2010, aplicámos a LEQ a 1679 sujeitos, dos quais 853 eram do sexo masculino e 822 do sexo feminino, cujas idades estavam compreendidas entre os 10 e os 24 anos de idade. Frequentavam quer o ensino regular (5º ao 12º anos) quer o profissional (3 turmas CEF). Os participantes foram indicados por CRI a nível nacional.

Esta primeira aplicação da escala permitiu-nos conhecer as médias e os desvio padrão da nossa amostra relativamente às variáveis em estudo, de forma a podermos aferir os valores de efeito do impacto do programa (ver tabela 2).

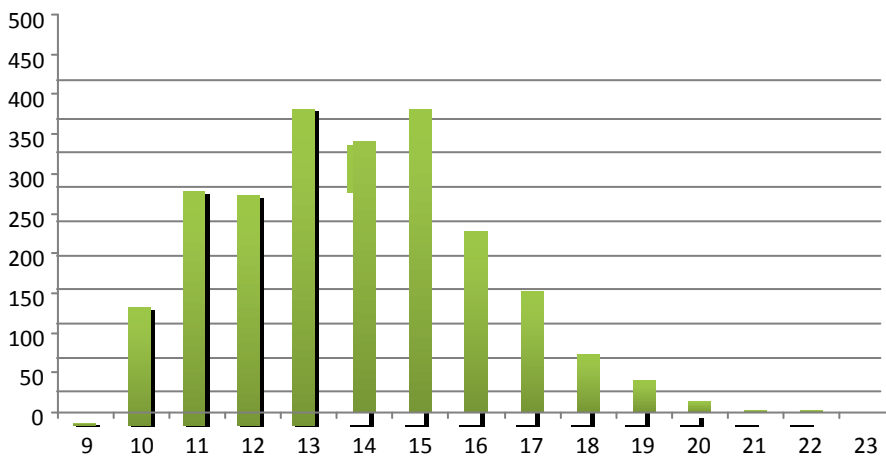
Tabela 2 - Estatística Descritiva

	N	Média	Desvio Padrão
Gestão de Tempo	1654	5,2100	1,40416
Competência Social	1654	5,7926	1,30855
Motivação para alcançar objetivos	1654	6,2366	1,31349
Flexibilidade Intelectual	1654	5,7026	1,27213
Liderança em Grupos	1654	4,8734	1,38919
Controlo Emocional	1654	4,7292	1,62250
Proatividade	1654	6,0124	1,49141
Autoconfiança	1654	6,0721	1,34897
Todos os fatores	1654	5,5776	0,96772

Estudo 2

No ano letivo de 2011/12, aplicámos a LEQ a jovens que foram alvo do programa *Eu e os Outros* a nível nacional, sendo a amostra constituída por 2955 sujeitos (48% do género masculino, 52% do género feminino), pertencentes aos seguintes CRI: Castelo Branco (294), Viseu (134), Lisboa Ocidental (35), Setúbal (22), Algarve (369), Viana do Castelo (784), Porto Central (60), Bragança (30), Guarda (282), Vila Real (312) e Porto Oriental (206). Os participantes tinham idades compreendidas entre os nove e os 23 anos de idade; e frequentavam que o ensino regular (do 5º ao 12º ano de Escolaridade), e o profissional/adaptado (turmas de CEF1 e 2 e PIEF).

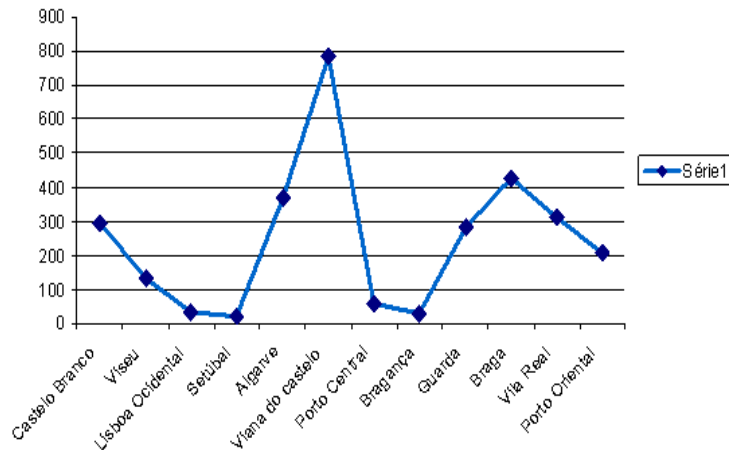
Figura 1- Distribuição dos participantes por idade



Promoção da Saúde: da investigação à prática

Na figura 2 está descrita a frequência dos diferentes CRI, onde destacamos, Algarve, Viana do Castelo e Braga, com a maior frequência de jogadores.

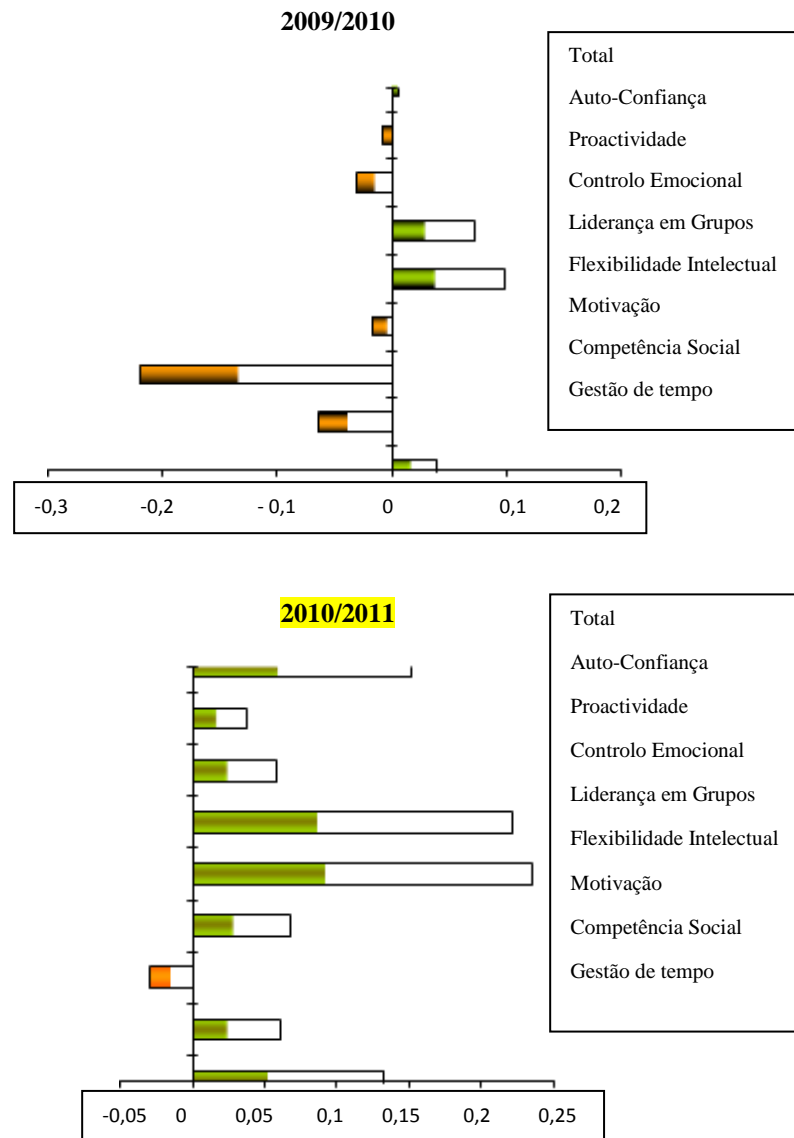
Figura 2- Frequência dos Centros de Respostas Integradas

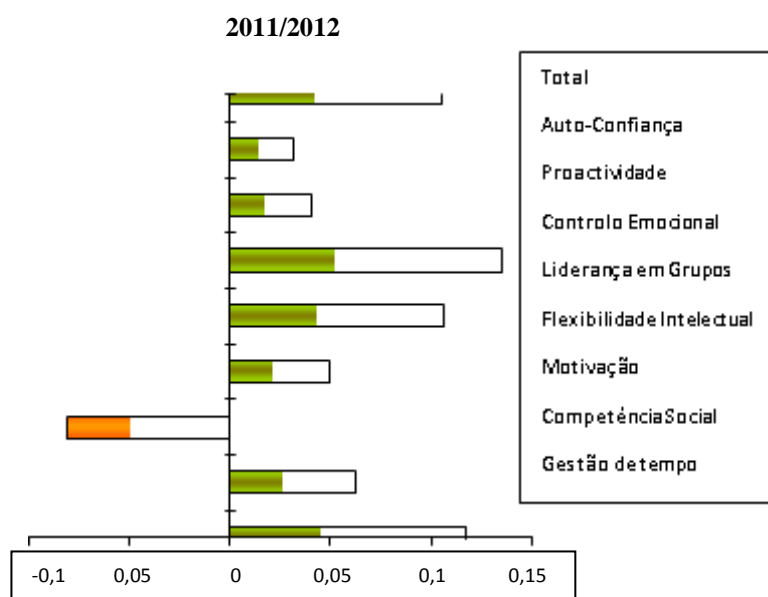


Variação Geral do Efeito de Autoeficácia

Apresentamos de seguida a figura 3, com os gráficos correspondentes aos valores totais de mudança do efeito de autoeficácia nos anos 2009/10, 2010/11 e 2011/12, para permitir uma análise comparativa.

Figura 3 - Valores de mudança no efeito de autoeficácia entre 2009 e 2012





As barras orientadas para a direita simbolizam os efeitos melhorados na nossa amostra, ou seja, foi notório, em todos os fatores, exceto na motivação, o efeito positivo de autoeficácia geral. Comparativamente aos anos letivos anteriores foi notória uma manutenção de mudança em todos os fatores. Contudo, importa considerar que a motivação para objetivos foi o fator que não apresentou um efeito positivo, pelo que consideramos que deve merecer a nossa atenção em futuras intervenções.

Tabela 1 - Efeito geral de acordo com intervalos de confiança a 95%.

FATORES AVALIADOS	2009/10	2010/11	2011/12
Efeito de Gestão de Tempo	**0,04	**0,13	**0,12
Efeito de Competência Social	-0,06	**0,06	**0,06
Efeito de Motivação para atingir objetivos	-0,22	-0,03	-0,081
Efeito de Flexibilidade Intelectual	-0,02	**0,07	**0,05
Efeito de Liderança em grupos	*0,10	**0,24	**0,11
Efeito de Controlo Emocional	*0,07	**0,22	**0,14
Efeito de Proatividade	-0,03	**0,06	**0,04
Efeito de Autoconfiança	-0,01	*0,04	*0,03
Efeito de Total de Fatores	**0,01	**0,15	**0,11

Constatamos que nos valores assinalados com (**) houve uma mudança estatisticamente significativa no sentido positivo.

Efeito dos fatores com base na idade e no género

Tendo em conta, o parâmetro idade, os fatores em que se verificaram mudanças positivas significativas foram: Gestão de Tempo (13 e 14 anos de idade), Competência Social (16 anos), Liderança de Grupos (10, 11, 13, 15 e 16 anos de idade), Controlo Emocional (10, 11, 13, 15 e 16 anos de idade) e, Autoconfiança (13 anos).

Em termos de efeitos totais, verificámos diferenças significativas no efeito dos 10, 13 e 14 anos de idade. Apenas na Proatividade, Flexibilidade Intelectual e Motivação para atingir objetivos não foram encontrados resultados de plena diferença.

Relativamente ao género, as diferenças positivas verificadas em ambos os sexos situam-se em todos os fatores, exceto na Motivação para atingir objetivos, sendo menor no sexo feminino. Em termos gerais, foi notório um maior efeito de mudança positiva no sexo feminino.

Situação Atual

A história nove está concluída e em fase de testagem (formato experimental), tal como um novo instrumento de medida de avaliação de resultados de impacto. Mantém-se em utilização a versão *LEQ on-line*, por facilitar o trabalho dos dados e, permanece a área do *Tu-alinhas*, ligada ao *Eu e os Outros*, nomeadamente com informação e dados relativos à implementação, abrangência e avaliação do programa.

Cerca de 75 técnicos do IDT estão afetos ao programa, tendo formação certificada pelo conselho científico-pedagógico da formação contínua, sendo formadores creditados na área da prevenção da saúde.

O programa tem crescido gradualmente relativamente ao número de CRI, de técnicos, instituições e adolescentes abrangidos, encontrando-se em franca expansão. A expressão desta realidade é traduzida na criatividade com que o programa vem sendo implementado, tendo já resultado na organização de diferentes formas de expressão plástica, literária e dramática.

Avaliação qualitativa complementar: Estudo de caso 2012-2013

Além de todo o processo de avaliação descrito, o CRI de Viana do Castelo utilizou a ferramenta *FOFA* (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) nos grupos de formação, procurando adicionar mais objetividade à avaliação qualitativa realizada.

Tabela 1 - Resultados dos três grupos formativos 2012-2013.

Grupo: Escola A (14 formandos)

	FORÇAS	FRAQUEZAS
Internos	<ul style="list-style-type: none"> • Estar todo estruturado. • Ser atrativo. • Atual e pertinente. • Design do projeto. • Dinâmicas de grupo. • Contexto de experimentação do programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na gestão do tempo como docente e como aplicador. • Carga burocrática
Externos	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
	<ul style="list-style-type: none"> • Atual e pertinente. • Dinâmicas de grupo. • Poder de decisão dos alunos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em incluir o programa nos currículos, por falta de tempos letivos para tal.

Grupo: Escola B (14 formandos)

	FORÇAS	FRAQUEZAS
Internos	<ul style="list-style-type: none"> • Dinâmicas diversificadas • Percursos temáticos que permite 	<ul style="list-style-type: none"> • Excesso de burocracia
Externos	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
	<ul style="list-style-type: none"> • Adesão e motivação dos alunos • Resolução de conflitos dos grupos • Melhoria de relações • Encaixe mais conseguido em língua portuguesa, educação cívica e ciências • Facilitador de diálogo professores-alunos • Articulação com os currículos (e.g.: ciências) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em compatibilizar horários com o currículo

Grupo: Escola C (13 formandos)

	FORÇAS	FRAQUEZAS
Internos	<ul style="list-style-type: none"> • Dinâmicas de grupo • Temas • Grafismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Excesso de burocracia
Externos	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
	<ul style="list-style-type: none"> • Adesão dos alunos • Resolução de conflitos dos grupos • Facilitador de diálogo professores-alunos 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em compatibilizar horários de aplicação com o currículo

Através da análise da tabela constata-se que o programa *Eu e os Outros* é motivador para os seus aplicadores, colmatando lacunas no conhecimento relativo à área do consumo de substâncias psicoativas, bem como mostra a importância do recurso a novas metodologias de ensino/aprendizagem facilitadoras do diálogo professor-aluno.

No que toca a limitações deste programa, importa realçar a *burocracia* que a avaliação de processo implica (referido pela maioria dos formandos). Outra dificuldade diz respeito à aplicação do programa nas disciplinas, dado que os currículos obrigatórios são extensos, sobretudo ao nível do ensino secundário, conforme manifestado pelos participantes quando referem sentir dificuldade de implementação por falta de horas específicas, embora a maioria considere o programa uma mais-valia, sobretudo por introduzir uma dinâmica inovadora na exploração das diferentes temáticas.

Apesar desta última dificuldade referida, em alguns casos, os participantes optaram pela criação de duplas (permitindo que cada professor tivesse de ceder menos horas da sua componente letiva para aplicação do programa), ou em casos pontuais, a aplicação foi efetuada em horário extraescolar.

Dos benefícios obtidos destacamos: Melhoria no desempenho em todos os fatores avaliados, exceto na motivação para atingir novos objetivos que foi o único em que não foi verificada uma mudança positiva, não se podendo, todavia, excluir a existência de motivação.

Contudo, os participantes do *Eu e os Outros* obtiveram benefícios que a escala não contemplava na sua avaliação, estando cientes da existência de constrangimentos no processo. Tendo em atenção as evidências subjetivas (difíceis de tornar quantificáveis), este programa pode beneficiar de uma aplicação mais frequente, funcionando como reforço e um maior envolvimento dos professores para o seu enriquecimento, acrescentando dinâmicas e atividades.

Conclusão

É notória uma melhoria dos resultados alcançados com o *Eu e os Outros* em relação aos anos anteriores, sendo os fatores mais significativos de mudança: a Competência Social, Flexibilidade Intelectual, Liderança em Grupos, Controlo Emocional e Proatividade. Face ao ano anterior, mantiveram-se mudanças significativas no tocante à Liderança em Grupos, ao Controlo Emocional, à Flexibilidade Intelectual, à Competência Social e à Proatividade.

Destacamos os fatores positivos mais elevados: O Controlo Emocional e a Liderança em Grupos que enaltecem o trabalho realizado no terreno pelos técnicos, na formação dos aplicadores, e no trabalho das histórias do programa pelos alunos com o suporte, sendo estimuladas as mais variadas competências e notório um aumento de controlo emocional destes jovens.

Na sequência dos resultados obtidos com este estudo, é pretensão da equipa do programa adaptá-lo para populações portadoras de deficiência (invisuais/auditivas); conseguir um maior envolvimento do Ensino Superior no processo preventivo; incrementar o uso da *Linha Vida* como suporte no terreno para o esclarecimento de dúvidas, como recurso facilitador da procura de informação adequada e de ajuda em situações de crise; alcançar um impacto positivo da narrativa nove aquando da sua efetiva aplicação, e, por último, divulgar o material junto de parceiros estrangeiros.

Bibliografia

- DGIDC (2007). *Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar*. Lisboa: DGIDC; DGS; IDT.
- IDT (2012). *Relatório Anual Eu e Os Outros*. Lisboa: IDT, I.P.
- IDT (s/d). *Manual Eu e os Outros*. Lisboa: Instituto da Droga e Toxicodpendência, I.P.
- Melo, R. (2006). Brincar com a saúde: o brincar preventivo. *Revista Toxicodpendências*, 12 (2), 21-30.
- Neill, J. T., Marsh, H. W., & Richards, G. E. (2003). *The Life Effectiveness Questionnaire: Development and psychometrics*. Unpublished manuscript. Sydney: University of Western Sydney.

Intervenção com vítimas: Trajetórias de mudança

Leandra Rodrigues

Núcleo de Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica,
Gabinete de Atendimento à Família (GAF)

“A violência doméstica configura uma grave violação dos direitos humanos, tal como foi definido na Declaração e Plataforma de Ação de Pequim, da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1995. Nestes documentos assume-se que a violência contra as mulheres é um obstáculo à concretização dos objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz e que viola, dificulta ou anula o gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais.”

Resolução do Conselho de Ministros nº 100/2010, p. 5763

Definição – Procurando compreender o problema

A emergência de estudos nacionais e internacionais a partir da década de 70 permitiu trazer à esfera pública o conceito de violência doméstica, passando o mesmo a surgir na literatura científica e a ser consagrado nas políticas públicas. Assim, face à necessidade de dar maior visibilidade a um fenómeno de violência – ocultado na maioria dos casos na esfera privada do espaço doméstico e no âmbito de relações íntimas – a adoção de medidas específicas emerge como uma das prioridades da estratégia europeia.

Embora fatores como a vergonha, o silêncio, a relação próxima entre ofensor e vítima, o sentimento de impotência das vítimas e mesmo o desconhecimento dos seus direitos dificulte o conhecimento desta problemática específica, o surgimento de um número crescente de trabalhos de investigação, a partir da década de 90, tem permitido a obtenção de dados mais exatos acerca da prevalência e dimensão da problemática, procurando-se paralelamente uma compreensão mais qualitativa do fenómeno.

Segundo Manita (2005), uma das maiores e mais complexas especificidades da violência doméstica é precisamente ser *doméstica* e, por isso, ocorrer na maioria das vezes no âmbito de relações íntimas nas quais o agressor, para além de uma particular proximidade afetiva, dispõe de todo um leque de conhecimentos e estratégias para controlar a(s) vítima(s). A invisibilidade característica deste fenómeno não só alimenta a sua ocorrência como dificulta a sua compreensão com vista a intervenções eficazes.

Segundo Manita e colaboradores (2009), as vítimas de violência doméstica não sofrem uma *repentina e imprevisível* ameaça à sua segurança ou à sua vida, contrariamente à maioria das vítimas de crime. Emergindo a violência doméstica, por definição, como uma situação de violência continuada, que surge quase sempre na forma múltipla, sendo mantida em segredo muitas vezes durante anos.

Os comportamentos de vitimação num contexto de intimidade tendem a manifestar-se contínua e arbitrariamente, podendo qualquer ato (perpetrado, ou não, pela vítima) conduzir a episódios de maus tratos. Esta forma de violência, emergente das desigualdades de género e das perspetivas diferenciadas de género (através da construção histórica das representações culturais do feminino e do masculino) tende a iniciar-se de forma encoberta, através de comportamentos socialmente aceites e não entendidos pela vítima como uma estratégia para controlar em absoluto o relacionamento (Greene & Bogo, citado por Matos 2005).

A alternância entre manifestações de afetos positivos e comportamentos encobertos de controlo vai permitindo ao autor da violência uma cada vez maior submissão das vítimas. Segundo Matos (2003), o facto destas não serem batidas a cada minuto do dia alimenta ainda o sentimento percebido de ineficácia e impotência por parte das mesmas.

Atendendo à recente tipificação do crime de violência doméstica (nos termos da revisão do Código Penal, cuja entrada em vigor ocorreu em 2007) e, segundo Antunes (2003), considerando as “posições de alguns grupos que formal ou informalmente têm tomado posição sobre o problema, constata-se que se tem adoptado um entendimento consensual, segundo o qual violência doméstica é qualquer ato, conduta ou omissão que sirva para infligir, reiteradamente e com intensidade, sofrimentos físicos, sexuais, mentais ou económicos, de modo direto ou indireto (por meio de ameaças, enganos, coação ou qualquer outro meio), a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico privado (...) ou que, não habitando (...) que o agente da violência, seja cônjuge ou companheiro marital ou ex-cônjuge ou ex-companheiro marital.” (p. 47)

Assim, quer sejam consumados isoladamente ou em associação, os maus tratos na conjugalidade tendem a ocorrer habitualmente num contexto de vitimação múltipla e podem incluir:

Maus tratos físicos	Pontapear, esbofetear, atirar ou partir coisas
Isolamento social	Restrição do contacto com família e amigos, restringir o uso de telefone
Intimidação	Ações, palavras, olhares
Maus tratos verbais / psicológicos	Ações e/ou afirmações que afetam a autoestima da outra pessoa; castigos severos; privações
Recurso ao privilégio masculino	Recusa em reconhecer a companheira como igual, tomar sozinho todas as decisões
Ameaças	À Integridade física, de prejuízos financeiros
Violência sexual	Submeter outra pessoa a práticas sexuais contra a sua vontade
Controlo económico	Negar acesso ao dinheiro; impedir a participação em emprego ou formação
Instrumentalização dos filhos	Ameaçar levar os/as filhos/as, usar os/as filhos/as para passar mensagens
Minimização ou negação da culpa	Negar a existência de uma agressão, culpabilizar a outra pessoa pela agressão

Dados portugueses para reflexão...

No ano de 2008, o crime de violência doméstica incorporou um conceito diferente (Artº 152º, C.P.) pela sua maior abrangência. Neste sentido, a necessária descontinuidade do registo estatístico utilizado até então pelas forças de segurança, permitiu a captação mais efetiva e eficaz deste fenómeno, potenciando o seu conhecimento mais fidedigno.

Segundo os Relatórios Anuais de Segurança Interna (RASI), apresentados anualmente pelo Gabinete do Secretário Geral, no âmbito do Sistema de Segurança Interna, as forças policiais (GNR e PSP) registaram, em 2008, uma média de 2.312 queixas mensais por violência doméstica contra o cônjuge ou análogo (que corresponde a uma média de 76 queixas diárias). Já em 2009, foram rececionadas uma média de 2.545 participações por mês pelo mesmo crime, num total 30.543 ocorrências nesse mesmo ano. Em 2010, verificou-se um aumento de cerca de 2%, passando o total a 31.235 participações. Em 2011, constatou-se um decréscimo do número de situações participadas, com um total de 28.980 queixas (menos 2.255 que no ano anterior). Por último, no ano de 2012 são conhecidas 26.084 participações, o que corresponde a um novo decréscimo, este na ordem dos 10% a menos. Destaca-se contudo, neste mesmo ano, o registo de 37 homicídios conjugais.

Uma análise mais pormenorizada permite aferir uma oscilação do número de participações, para as quais se verificou um significativo aumento entre 2008 e 2010 e um decréscimo equivalente nos anos 2011 e 2012. Tal oscilação não deve assim ser entendida como um aumento ou diminuição dos atos de violência, mas sim como uma consequência da crescente visibilidade do fenómeno, seguida de uma possível descrença no próprio sistema judicial e/ou uma conjuntura socioeconómica pouco propícia à monoparentalidade e à divisão de bens.

De notar que estes dados se referem exclusivamente às participações nas forças de segurança, mantendo encobertas as situações não denunciadas nem participadas judicialmente, pelo que os números apresentados não espelham a verdadeira amplitude do problema. Fatores como a vergonha e o medo que se mostram impeditivos da revelação e da denúncia, aliados a uma percentagem de mulheres que não percecionam os atos de que são vítimas como maus tratos (ou tendem a minimizá-los), sustentam as cifras negras deste crime.

Impacto

“Não quero apresentar queixa. Se o denuncio vou provocá-lo. Virá atrás de mim e voltará a bater-me. Não sei o que fazer.”

Diário do Medo (Elena Stoyanova, 2003, p. 17)

“Tenho medo de que me recriminem; temo que cada palavra dita por mim seja analisada e discutida. Receio que, apesar das minhas feridas, ninguém me acredite. (...) estou tão ferida e privada de opinião própria que tenho medo de falar.”

Diário do Medo (Elena Stoyanova, 2003, p.18)

Em 2003, a Organização Mundial da Saúde considerou a violência doméstica um grave problema de saúde pública e que as consequências que lhe estão associadas “[...] são devastadoras para a saúde e para o bem-estar de quem a sofre [...] comprometendo o desenvolvimento da criança, da família, da comunidade e da sociedade em geral” (Resolução do Conselho de Ministros nº 100/2010, p. 5764).

Ainda em 2003, um estudo sobre os custos sociais e económicos da violência doméstica exercida contra as mulheres, promovido pela então Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, expôs a situação de grande vulnerabilidade a que estas ficam expostas. As mesmas apresentam uma probabilidade três a oito vezes superior de terem filhos doentes, de não conseguirem emprego e, se empregadas, de não obterem promoção profissional, de recorrerem aos serviços hospitalares, a consultas de psiquiatria por perturbações emocionais, bem como um risco acrescido de cometerem suicídio. Estes são custos a

vários níveis: Custos psicológicos, sociais e culturais, que são perceptíveis a curto prazo, particularmente os que derivam dos atos violentos, mas também deixam marcas visíveis ao longo da vida (CIDM, 2003).

Outros estudos entretanto levados a cabo vêm ainda corroborar a literatura internacional, sustentando que as mulheres que estão expostas à violência doméstica reportam altos níveis de utilização dos cuidados de saúde e estão em risco de ter um baixo nível de saúde física e mental, a par de dificuldades comportamentais, emocionais e relacionais e do caráter destrutivo e incapacitante dos maus tratos. (Matos & Machado, 2011)

Pedido de ajuda – Porque é tão difícil sair de uma relação abusiva?

“– Pelo menos baixa os olhos, finge que és dócil e acatas as minhas ordens, que gostas de ser domada por mim. Mostra-te obediente - ordenara ele, tentando ensiná-la, moldá-la. E quando, depois de lhe bater e a violar, lhe pedia desculpa, embora já relutante, Alice hesitava, tornava a acreditar, e vacilante cedia.”

Isto não é um conto (Maria Teresa Horta, 2012, p.44)

“Apercebi-me de como sou frágil, vi como podia deixar de respirar, estrangulada pelas mãos que há dias me acariciavam. Pensava que esta sensação ia desaparecer, mas enganei-me. Aumentou.”

Diário do Medo (Elena Stoyanova, 2003, p.19)

Como anteriormente referido, a violência doméstica ocorre pela necessidade do/a agressor/a dispor de poder e do controlo total sobre a outra pessoa e sobre a relação. Contudo, os primeiros comportamentos de controlo/vitimação são geralmente *encobertos* e percebidos por parte da vítima, não como agressivos, mas como manifestações do caráter do/a agressor/a (crença no papel social de género), minimizando a sua importância. Assim, tais comportamentos são tacitamente admitidos, colocando a vítima numa situação de maior fragilidade. Numa primeira fase da evolução das dinâmicas abusivas assiste-se frequentemente à crença da vítima de que será capaz de evitar/minimizar a violência e de que os mesmos atos são isolados e não se repetirão (justificando-os), manifestando aceitação de parte ou da totalidade da responsabilidade pelos mesmos (culpabilizando-se).

Se num primeiro momento a vítima não tende a perceber-se como tal – minimizando e desculpabilizando alguns comportamentos de *pequena* violência – com o aumento da mesma em intensidade, frequência e perigosidade, a sua perceção vai-se alterando no sentido da perda de controlo e poder, perdendo-se simultaneamente o sentido de autoconfiança e de autoeficácia, assim como a capacidade de reação.

A oscilação comportamental do/a agressor/a – e conseqüente impacto cognitivo e afetivo na vítima – constitui um dos fatores que mais dificultam a rutura por parte da mesma, fazendo-a acreditar na efetiva possibilidade de mudança de comportamento do ofensor.

“Neste momento em que me sinto tão ferida, necessito de ajuda, mas não tenho ninguém em quem confiar. Pode ser que a culpa seja minha, pode ser que as pessoas me virem as costas (...) talvez eu seja uma tonta, uma inadaptada, alguém que não entende nada da vida. Talvez ele tenha razão (...)”

Diário do Medo (Elena Stoyanova, 2003, p.15)

Na base da manutenção da relação abusiva estão frequentemente fatores como: Dependência emocional e existência de afetos positivos, desejo de manutenção das vivências familiares (principalmente convivência entre pais e filhos), crenças e estereótipos relativamente aos papéis de género, ao casamento e à parentalidade, desejabilidade social, culpabilização, vergonha, crença na mudança, não reconhecimento dos maus tratos, desânimo aprendido, medo de represálias e/ou retaliações sobre terceiros, dificuldades financeiras e de habitação/dependência económica, não exposição dos maus tratos (manutenção do contexto privado), ausência de suporte informal/rede de apoio fragilizada e intervenções pouco eficazes e/ou pedidos de ajuda frustrados (sociais e/ou judiciais).

Contudo, no processo de vitimação há momentos específicos que potenciam o pedido de ajuda que podem conduzir à rutura das dinâmicas abusivas (quer dirigidos a entidades formais de apoio, quer à rede de suporte informal). O aumento da visibilidade da violência (exercício da mesma fora do espaço privado; marcas físicas visíveis), a escalada dos comportamentos de vitimação com aumento da perceção do risco (por parte da vítima), a extensão da violência para terceiros, a descrença na mudança e a perceção de apoio efetivo (formal e informal) constituem-se fatores fulcrais no despoletar do pedido de ajuda, o qual tende a ocorrer, segundo Matos (2003) em três situações: a) quando as mulheres estão ainda num primeiro momento de crise e a violência não se encontra instituída como ocorrência continuada; b) quando as vítimas se percebem no limite da tolerância da situação de maus tratos e não identificam estratégias para lidar com a sua intensificação (normalmente vários anos após a instalação dessa violência); c) quando surge outro problema que desencadeia uma situação limite (sentida pela vítima como insuportável).

Importa, por último, salientar que a decisão de afastamento do agressor e de rutura da relação abusiva, por si só, não significam, muitas vezes, o fim da violência. A literatura aponta o momento de rutura da relação íntima violenta como um momento de risco acrescido para a agressão física severa (Manita et al., 2009). Paralelamente surgem neste contexto, não raras vezes, comportamentos persecutórios sustentados pelo desejo de restabelecer a relação de intimidade entretanto terminada – ganhando aqui o *stalking* um significado relevante (Matos, Grangeia, Ferreira & Azevedo, 2011).

Intervenção e Entidades de apoio

“Quero voltar atrás, remover a mancha negra que veio interromper o meu destino, e viver sem medo. Sinto-me asfixiada, repito sempre as mesmas coisas. Mas não consigo parar, não quero que se esqueçam do mais importante: preciso de proteção e ajuda.”

Diário do Medo (Elena Stoyanova, 2003, p. 21)

As mulheres maltratadas suportam, habitualmente, uma redução acentuada das suas *vozes de mestria*, que condicionam a possibilidade de mudança e a construção de uma história de vida alternativa, convictas muitas vezes, de que não é possível controlar o que acontece no quotidiano das suas vidas. Este ambiente hostil dificulta a estas mulheres a tomada de consciência de que são pessoas detentoras de poder e de direitos (Matos, 2003).

Em termos gerais, quando uma vítima de violência doméstica toma a iniciativa de pedir ajuda no âmbito da rutura do ciclo de violência – independentemente de ter já apresentado queixa, ou não – a mesma tem o direito de usufruir de um adequado e eficaz atendimento e/ou encaminhamento por parte de profissionais especializados para o efeito, evitando-se processos de vitimação secundária (Manita et al., 2009). Aqui, o profissional tem o dever ético e deontológico de respeitar a decisão da pessoa, informando-a objetivamente dos seus direitos e dos procedimentos a adotar e avaliando o risco em que a(s) vítima(s) direta(s) e indireta(s) se encontram com vista a um eficaz encaminhamento. Não sendo a rutura da relação a única alternativa ou decisão para uma vítima de violência doméstica, a mesma pode pretender apoio com o intuito de permanecer na relação conjugal, procurando formas de melhor lidar quer com os comportamentos do agressor quer com as suas próprias emoções.

As entidades de atendimento e apoio a vítimas constituem uma das mais importantes conquistas dos anos 70-80, na sequência da procura de uma maior consciencialização para a problemática da violência doméstica e do desenvolvimento do próprio conhecimento científico (o qual foi fulcral para a estruturação de respostas/intervenções específicas). Devendo ser a principal preocupação de qualquer profissional que trabalhe com vítimas de violência doméstica a de garantir a segurança e integridade das mesmas, a prossecução de intervenções multidisciplinares e um efetivo trabalho em rede que potencie a eficácia do apoio prestado e minimize a vitimação secundária (Manita et al, 2009).

Como refere Walker (citado por Matos & Machado, 2011) não existe uma intervenção ideal, única, dirigida a todas as situações, nem tão pouco uma forma de ajuda considerada mais eficaz a partir de uma componente singular. A problemática da violência doméstica é passível de uma multiplicidade de ações interventivas eficazes, as quais poderão em alguns momentos assumir um caráter singular ou, noutros, a coexistência de abordagens terapêuticas multidisciplinares.

Quer a intervenção em estados de crise emergentes, quer o acompanhamento continuado nos planos jurídico, social e de saúde (física e mental) constituem atualmente respostas estruturadas no âmbito dos serviços de apoio existentes e legalmente previstos: a) Estruturas de atendimento personalizado – Núcleos e Centros de Atendimento – ao abrigo da Lei nº 112/2009, de 16 de Setembro, definem-se como unidades constituídas por uma ou mais equipas técnicas, pluridisciplinares, asseguradas quer por entidades públicas quer por ONG’s e IPSS’s, e atuam, entre outros, em coordenação com a rede pública de casas abrigo.

Estruturas de Acolhimento – Casas Abrigo: No âmbito de Decreto Regulamentar nº 1/2006, de 25 de Janeiro, constituem-se respostas de acolhimento temporário destinadas a mulheres vítimas de violência doméstica e seus/suas filhos/as menores e que garantem, as condições básicas de vida – alojamento, alimentação, higiene e saúde – num ambiente de tranquilidade e segurança favorável à coconstrução de novos projetos de vida.

“A vida não é a que cada um viveu, mas a que recorda e como a recorda para contá-la.”

Gabriel Garcia Marquez (2002, p.6)

Como refere Bateson (citado por Matos, 2003), as histórias não têm um significado único, mas antes uma multiplicidade de interpretações possíveis. Mas, esta multiplicidade permanece impercetível quando uma narrativa-problema é dominante, como acontece na experiência de vitimação conjugal. Esta tende a esbater o sentido de autoria das vítimas e a potenciar uma perceção negativa de si, associada a discursos de irresolução – geralmente repletos de crenças invalidantes e incapacitantes, verbalizações de desqualificação e omissão de capacidades – fortemente reforçados por vozes externas.

Neste contexto, a intervenção terapêutica é entendida como um dispositivo retórico para capacitar as mulheres para novos cenários de atuação. Deve, por isso, ser uma abordagem de *empowerment* da vítima e da sua despatologização. Assim, a mudança constrói-se a partir do diálogo e pelo desenvolvimento de novos significados para a sua identidade, distanciados das narrativas problemáticas de desqualificação. Este processo permite à mulher reestruturar o presente (reapropriando as experiências passadas a partir de quadros alternativos) em direção a um sentido de autoria.

Constituem, desta forma, objetivos do trabalho terapêutico: a) a despatologização da vítima e a *desidentificação* da narrativa problema, b) o desafio de vozes incapacitantes, c) a identificação e expansão de experiências positivas, d) a validação de narrativas alternativas, e) o *empowerment* e f) a promoção do sentido de agência.

Contudo, segundo Manita (2005) é ainda muito escassa a rede de intervenção junto da vítima e do agressor, recaindo sobretudo, no cariz remediativo. Porém, a forma como a violência se tem transformado nas últimas décadas, em consequência das transformações da própria sociedade, obriga ao desenvolvimento de novas formas de intervenção, essencialmente proativas e preventivas, integrando os diferentes subsistemas da ação policial e judicial, social, da saúde, psicológica e educativa.

Neste âmbito ganha particular relevância a intervenção preventiva da violência nas relações de namoro, assim como a promoção da igualdade de género de forma ampla e através de políticas governamentais, comunitárias e institucionais que

estimulem relações de género paritárias e promovam estratégias não violentas de resolução eficaz de conflitos. A literatura nacional e internacional tem vindo a demonstrar que a violência nas relações de namoro não é uma problemática rara, demonstrando números preocupantes desta forma de violência. Estes indicadores ao nível da prevalência, associados ao facto da violência no namoro constituir um relevante preditor da violência conjugal, reforçam a importância da prevenção em estádios relacionais precoces (Matos et al, 2006). É neste sentido que a promoção da igualdade de género e a prevenção da violência das relações amorosas deve acontecer o mais precocemente possível, sendo o contributo dos profissionais de saúde imprescindível neste âmbito.

Bibliografia

- Antunes, M. A. F. (2003). Violência e vítimas em contexto doméstico. In Machado, C. & Gonçalves, R., A. (coords), *Violência e Vítimas de Crime: adultos*, vol.1, (43-77). 2ª edição. Coimbra: Quarteto Editora.
- CIDM (2003). *II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica*. Lisboa:CIDM.
- Cruz, A., Vieira A., Figueira A., Suárez, K., Horta, M.T., & Reis, P. (2012). *Isto não é um conto: Histórias de violência baseadas na vida de seis mulheres*. Lisboa: Booktailors
- Gabinete do Secretário-Geral (2008). *Sistema de Segurança Interna: Relatório Anual de Segurança Interna 2008*. Retirado de <http://www.portugal.gov.pt>
- Gabinete do Secretário-Geral (2009). *Sistema de Segurança Interna: Relatório Anual de Segurança Interna 2009*. Retirado de <http://www.portugal.gov.pt>
- Gabinete do Secretário-Geral (2010). *Sistema de Segurança Interna: Relatório Anual de Segurança Interna 2010*. Retirado de <http://www.portugal.gov.pt>
- Gabinete do Secretário-Geral (2011). *Sistema de Segurança Interna: Relatório Anual de Segurança Interna 2011*. Retirado de <http://www.portugal.gov.pt>
- Manita, C. (2005). *A intervenção em agressores no contexto da violência doméstica em Portugal: Estudo Preliminar de caracterização*. Lisboa:CIDM.
- Manita, C., Ribeiro, C. & Peixoto, C. (2009). *Violência Doméstica: compreender para intervir*. Coleção Violência de género, 2. Lisboa: CIG.
- Marquez, G. G. (2002). *Viver Para Contá-la*. Lisboa: Dom Quixote.
- Matos, M. & Machado, A. (2011). *Violência Doméstica: intervenção em grupo com mulheres vítimas*. Coleção Violência de género, 5. Lisboa: CIG.
- Matos, M. (2003). Violência conjugal. In Machado, C. & Gonçalves, R., A. (coords), *Violência e Vítimas de Crime: adultos*, vol.1 (81-130). 2ª Edição.Coimbra: Quarteto Editora.
- Matos, M. (2005). Avaliação psicológica de vítimas de maus tratos conjugais. In Gonçalves, R., A & Machado, C. (Coords), *Psicologia Forense* (159-186).Coimbra: Quarteto Editora.
- Matos, M., Grangeia, H., Ferreira, C. & Azevedo C. (2011). *Stalking: Boas práticas no apoio à vítima*. Coleção Violência de género, 6. Lisboa:CIG.
- Matos, M., Machado, C., Caridade, S. & Silva, M. J. (2006). Prevenção da violência nas relações de namoro: intervenção com jovens em contexto escolar. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(1), 55-75.
- Presidência do Conselho de Ministros (2010). *Resolução do Conselho de Ministros nº 100/2010 – IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica*. *Diário da República*, 1ª série, nº 243. Lisboa
- Stoyanova, E. (2003). *O diário do medo: A Violência sobre as Mulheres na Vida Doméstica*. Barcarena: Editorial Presença.

Educação e saúde em sinergia: O caso da violência conjugal contra a mulher

Maria de La Salette Calvino

Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde

A violência contra a mulher é um fenómeno que perdura no tempo e ocorre em quase todas as sociedades, ancorada na desigualdade entre homens e mulheres e traduzida nas concepções de poder masculino e de subordinação e inferioridade feminina.

Em qualquer sociedade, ao longo do tempo histórico, mesmo na sociedade contemporânea, à mulher e ao homem são atribuídos papéis distintos, com reconhecimento social diferente e, só uma pequena parte da construção de papéis diferenciados sexualmente é biológica: A gravidez e a amamentação (Segalen, 1992).

A organização social global tem como princípio a diferenciação sexual, pois a existência de dois sexos é natural e comum à humanidade, e foi sobre essa base de diferenciação que a família se formou e se organizou. O sexo dos elementos constituintes da família vai determinar, através da interação familiar, o seu destino familiar e social. Os valores, as competências, a divisão do trabalho são transmitidos pela família, com base nos sexos (Saraceno, 1992).

O dinamismo social tem permitido a evolução na igualdade entre homens e mulheres mas, ainda não é paritária nas diversas dimensões da vida social. São aspetos culturais enraizados e facilmente transmitidos pela educação desde a fase mais precoce, pelo ambiente cultural e pela interação na vida quotidiana, em mensagens e sinais implícitos ou explícitos, dificultando a eliminação da desigualdade entre os homens e as mulheres (Héritier, 1996).

Nas últimas décadas, apesar das muitas mudanças no sentido de mais igualdade entre homens e mulheres, ainda permanecem nas mentalidades, no ambiente cultural e familiar muitas dificuldades em dissociar as pessoas do seu papel reprodutivo. A difusão de novos valores, de diferentes comportamentos e as leis que decretam a igualdade, não alteraram ainda a realidade vivida, já que esta não revela completamente essa tomada de consciência. A educação na família, a escola e os *mass media* têm contribuído para sustentar a diferenciação do homem e da mulher como natural e baseada no sexo biológico, se bem que a evolução tem sido no sentido do esbatimento da mesma.

Os rapazes são educados para a competitividade, para serem fortes e as meninas para serem sedutoras e frágeis; o cor-de-rosa é cor de menina e o azul é cor de menino; na creche, no jardim-de-infância e na escola, as crianças são cuidadas e educadas mais por pessoas do sexo feminino do que do sexo masculino e têm manuais escolares onde se perpetua a diferença de papel social entre os sexos.

No desempenho escolar, a exigência enforma de modo mais explícito o do menino. As mensagens publicitárias (outra forma de difusão dessa diferenciação) e as deficientes políticas na área da família parecem ser uma dificuldade de reconhecimento e de desejo social para o caminho da efetiva igualdade entre homens e mulheres (Silva, 1995).

São os géneros socialmente construídos que vão mover-se ao nível social e familiar de acordo com o que deles é esperado, e entre essas expectativas está a formação da família e o assegurar descendência.

A família, como um sistema, é uma teia complexa de relações intra e inter-sistemas, em constante adaptação e mudança. No percurso que a família realiza entrecruzam-se sistemas de valores pessoais, culturais e sociais e, ainda vivências e expectativas, transportadas por cada um dos elementos do casal e aprendidos nas famílias de origem.

A família tem uma função interna e uma função externa. A primeira refere-se ao desenvolvimento e proteção dos seus elementos – sentimento de pertença; a segunda à socialização e transmissão da cultura – individualização e autonomização. A família tem assim que articular a resposta às necessidades dos seus elementos individualmente e como grupo inserido num determinado contexto comunitário e social nos quais se incluem a escola, o trabalho e outras com que a família mantenha ligações (Alarcão, 2000).

“A família constitui um todo social, com especificidades e necessidades próprias, inserida e influenciada por um sistema mais vasto de interações sociais alargadas à comunidade e à sociedade e pelas redes sociais formais e informais” (Ramos, 2004, p. 178). Saliência a mesma autora, que a família é culturalmente entendida como um local de afeto e de segurança, mas é no seu seio que a violência familiar ocorre, afetando sobretudo as mulheres, as crianças e os idosos, em diversas culturas e estratos sociais e é considerada, muitas vezes, como *natural* das normas familiares.

Os papéis de género tradicionais são favorecedores de uma hierarquização familiar rígida, baseada na superioridade masculina e pouco favorecedores do desenvolvimento de relações igualitárias, constituindo um maior risco de que a violência seja um instrumento de afirmação da masculinidade (Cook & Fontaine, 1990). Nela, o poder masculino exerce-se frequentemente com violência sobre o mais fraco, fisicamente, em estatuto social e económico, e que é habitualmente a mulher.

Refere Fischer (1992) que é habitualmente na família que a criança tem contacto com a violência, pelas agressões dos pais a ela dirigidas ou entre eles, decorrentes de fatores diversos como o *stress* quotidiano, conceitos culturais e religiosos em que a educação justifica a punição e por problemas sociais e psicológicos.

“As múltiplas formas de violência estão enraizadas nas estruturas sócio-económicas, culturais, políticas e nas consciências individuais, numa relação interativa e dinâmica entre condições objetivas e subjetividade do ser humano, entre o coletivo e o individual. Com efeito, os diversos tipos de violência expressam-se de forma associada, onde desajustes, desequilíbrios e conflitos do sistema social, comunitário e familiar se articulam nos níveis individuais e interpessoais, e onde um conjunto de fatores de risco atua de forma dinâmica e interativa no indivíduo, na família, na cultura e na comunidade” (Ramos, 2004, p. 51).

A agressividade faz parte do comportamento humano, existe na vida psíquica de todas as pessoas independentemente do seu sexo e, é essencial à sobrevivência, alternando-se a sua expressão, ao longo dos momentos que compõem a vida, com o seu oposto que é a passividade. São características que podem tornar-se mais ou menos salientes no comportamento de acordo com as circunstâncias, mas coexistem nas pessoas, não se excluem (Silva, 1995). A mesma autora salienta o papel da aprendizagem social no controlo da agressividade humana, que se inicia precocemente na família e é continuada e partilhada por outras instituições sociais que com ela se relacionam, como por exemplo a escola. O objetivo é integrar as normas sociais no comportamento e desenvolver desde a infância estratégias de controlo da agressividade para que não se manifeste por comportamentos violentos, os quais são socialmente condenáveis e sujeitos a repressão e condenação.

A transmissão cultural é um aspeto importante da modelação do comportamento ao nível das diversas estruturas que compõem a sociedade, como a comunidade, a família, a escola (Ramos, 2004) e, é nestas estruturas que a socialização das pessoas acontece, de acordo com o seu sexo e orientada por um tipo de organização social de cariz patriarcal, centrada no poder masculino que a história das sociedades evidencia e se mantém nas sociedades contemporâneas (Silva, 1995).

Assim, a socialização e enculturação promovem o desenvolvimento diferente entre os sexos, orientando-os para comportamentos com diferentes características, destinados a papéis diferentes.

Desta forma, as pessoas vão comportar-se segundo o papel social de género que o grupo social determina, na vida laboral, comunitária e familiar. Na família, ainda são consideráveis as diferenças de papéis de género e a hierarquia tradicional de cariz patriarcal.

A violência contra a mulher tem na família o seu local de expressão máxima. É na família que a mulher constituiu com um companheiro que ama, que é agredida.

A família nuclear tradicional é composta por diversos elementos de uma forma relativamente equilibrada. Adultos dos dois sexos, diversas gerações, a dos pais e a dos filhos. Neste contexto coexistem diferentes necessidades individuais, inscritas num coletivo formado com base no amor mútuo, em interação contínua de tempo e de espaço, na qual é necessário atender às necessidade de cada um e de todos, podendo a decisão ou a necessidade de um elemento colidir com as dos restantes gerando conflitos (Gelles & Straus, 1988).

Nas atuais condições estruturais de privacidade e de baixa possibilidade de censura social e mesmo familiar, a diferença de constituição física e de força entre os elementos femininos e masculinos, como entre os elementos de diferentes idades (e.g. entre pais e filhos), constituem segundo os mesmos autores, fatores importantes no recurso à força, alimentado pelas crenças culturais de que os problemas familiares e as formas de resolução dos mesmos, só a cada família dizem respeito.

Estes aspetos intrafamiliares são ainda influenciados pela construção social do feminino e do masculino que enformam os papéis de género na família, considerados propiciadores do exercício do poder e que são alimentados por hábitos culturais de resolução de conflitos com recurso à violência.

Assim sendo, estão criadas as condições não só para a ocorrência da violência mas, também para a sua impunidade, sendo estes aspetos importantes na sua manutenção e no risco de reprodução que, as crianças criadas em ambiente de violência familiar poderão concretizar na futura adultez (Gelles & Straus, 1988).

O poder para exercer violência, qualquer que ela seja, na família não é exclusivo do homem e nem só a mulher é vítima sendo, contudo, a mais sujeita a ela. Um companheiro violento com a mulher é, em muitos casos (cerca de metade), também violento com os filhos (Matos, 2002; Ramos, 2004) e as situações de violência conjugal aumentam o risco de violência ao longo da hierarquia familiar, no sentido descendente, podendo gerar uma cadeia de comportamentos violentos. A vitimação da mulher pelo companheiro aumenta o risco de ela poder ser violenta com os filhos (Matos, 2002).

A violência intrafamiliar é habitualmente dirigida à pessoa mais dependente e vulnerável pela que detém mais poder. Esse poder relaciona-se com diversos aspetos que podem ser uma maior capacidade para exercer uma imposição ou coação associadas à superioridade física e, muitas vezes, maior capacidade económica. Habitualmente, este elemento considera o poder como um bem próprio que legitima a sua utilização abusiva, sendo a mesma reforçada e validada pela autoperceção da inexistência de sanções sobre ele próprio. Esta impunidade é aprendida e vai perpetuar o recurso a comportamentos de agressão sempre que considerar o seu poder ameaçado, provocando uma fratura nas relações familiares que se tornam desiguais, conflituosas e comprometem o bem-estar familiar (Gelles & Straus, 1988; Fischer, 1992).

Segundo Ramos (2004), a ocorrência de violência na família é multifatorial, envolvendo aspetos de ordem individual, psicológica e familiar importantes, mas também fatores culturais e de natureza socioeconómica e ambiental. Segundo a mesma autora, os fatores individuais e familiares de risco para a utilização da violência no seio da família, podem favorecer por reprodução um ciclo vicioso dificilmente quebrável. Desses fatores de risco, salientamos: A história pessoal e familiar, (e.g. a experiência pessoal de maus tratos e de violência entre os pais); o inadequado suporte familiar e comunitário; a carência económica e desemprego; o *stress* ambiental e psicológico e as frustrações inerentes a dificuldades quotidianas; e, o abuso de álcool ou de drogas.

Segundo Branco (2007) constatou-se a existência de um ciclo de violência intergeracional a partir da evidência da existência de maus tratos presenciados pelos agressores, entre os seus pais; em alguns casos, eles próprios foram agredidos pelos pais e a maioria destes agressores maltratava os filhos. Verificámos, também, que uma das participantes do estudo sofreu maus tratos infligidos pelos filhos adultos e, que os agressores das mulheres participantes, que tiveram anteriores relações conjugais, agrediam também as anteriores companheiras.

Esta espiral descendente de violência é descrita por vários autores (Gelles & Straus, 1988; Matos, 2002; Ramos, 2004) que consideram a violência na família de origem um fator de risco para a reproduzir ou a tolerar na idade adulta. As duas últimas autoras acrescentam que quando existe violência conjugal contra a mulher é frequente o agressor agredir também os filhos. Matos (2002) salienta ainda o alto risco de um agressor agredir outras companheiras.

A violência na família pode ser exercida por atos de agressão nas suas diversas formas de expressão: Agressões físicas, psicológicas, verbais e emocionais e sexual, que podem ser utilizadas isoladamente. Embora, o padrão mais frequente seja a sua associação, utilizada de forma contínua e arbitrária (Matos, 2002; Antunes, 2002; Branco, 2007).

Diversos(as) autores(as) consideram que a violência contra a mulher tem graves implicações na saúde física e mental (WHO, 2002; Ramos, 2004; Vicente, 2003, citado por DGS, 2005).

No estudo realizado, Branco (2007) refere que os maus tratos prejudicaram as mulheres que nele participaram, ao nível da sua vida em geral e lhes causaram sofrimento e infelicidade, o que foi extensivo a toda a família, particularmente na nuclear. As repercussões mais focadas foram a nível do bem-estar emocional; da saúde física e mental; do trabalho, especialmente pelo absentismo; e, da família. No que concerne à família, pode realçar-se o prejuízo ao nível dos papéis parentais e da relação entre o pai e os seus filhos, aspeto este referido também por Gelles e Straus (1988) e por Fischer (1992).

A violência na família, entre cônjuges e sobre as crianças, vai hipotecar o futuro de pessoas adultas saudáveis, ao nível físico e mental, plenamente capazes de construir uma vida, social e familiar, produtiva e reconfortante. As implicações sobre as pessoas maltratadas podem perdurar ao longo da vida e aumentam o risco de se tornarem agressores(as) ou vítimas de violência (Ramos, 2004).

Podemos afirmar que a saúde é um bem essencial que pode ser aumentado e melhorado. Para isso, são imprescindíveis práticas que impulsionem atitudes individuais positivas para a saúde e políticas que visem a melhoria da qualidade de vida das populações.

O *World Report on Violence and Health* (WHO, 2002) denuncia a violência como responsável pela perda de 1.8 milhões de pessoas em todo o mundo, com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos, e ainda assim este número não traduz a verdadeira amplitude do fenómeno. São inúmeras as pessoas sujeitas a sofrimento e a problemas de saúde em consequência da violência. Esta situação representa custos avultados para a economia dos países, essencialmente pelos gastos em saúde e pela baixa produtividade ao nível do trabalho.

A violência doméstica contra a mulher é considerada pela OMS (1996; 2001) como um problema e uma prioridade de saúde pública e o Conselho da Europa (2002, citado por Pais, 2006) notifica que é a maior causa de morte e invalidez entre mulheres dos 16 aos 44 anos, ultrapassando o cancro, acidentes de viação e até a guerra.

Heise (1994) afirma, baseada em dados do Banco Mundial, que a violência de género é responsável pela perda de um dia de saúde em cada cinco dias da fase reprodutiva da mulher.

As consequências ultrapassam o nível individual e familiar. Assim, considerando o impacto que a violência contra a mulher tem na sua saúde e na família, especialmente nos filhos e, tendo presente que as diferenças de género, a utilização da força como exercício de poder e a forma de resolução de conflitos interpessoais, considera-se que intervir nestes aspetos poderá romper este ciclo de perpetuação da desigualdade entre pessoas de sexos diferentes e de violência nas relações afetivas.

É nossa convicção e expectativa, considerando a Carta de Otava e da Declaração de Jakarta, que as instituições de ensino e de saúde tenham um papel importante na prevenção da violência nas relações afetivas a partir do contributo que podem dar para o desenvolvimento de capacidades comunicacionais positivas nas crianças e para a promoção da igualdade de género, do acompanhamento da saúde numa abordagem holística da pessoa como ser biopsissocial e espiritual e, da família inseridas no seu nicho ecológico.

Desta forma, acreditamos que o diagnóstico precoce da violência e a intervenção em articulação com outras estruturas sociais poderão ser facilitados. Além disso, uma abordagem holística e ecológica deste fenómeno social permitir-nos-á refletir e atuar de *mãos dadas* na promoção da saúde e educação para a saúde, considerando a construção de género, a promoção da igualdade, as questões da cidadania nas nossas práticas educativas, pedagógicas e clínicas e na nossa vida diária, como cidadãos proativos na construção de um mundo melhor.

Bibliografia

- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Antunes, M. (2002). Violência e vítimas em contexto doméstico. In R. A. Gonçalves & C. Machado. *Violência e Vítimas de Crimes, 1: adultos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Branco, M.S.C. (2007). *Violência conjugal contra a mulher: histórias vividas e narradas no feminino*. Lisboa: Universidade Aberta. (Tese de Mestrado)
- Cook, J.S & Fontaine, K.L. (1990). *Enfermería Psiquiátrica*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Fischer, G. (1992). *A Dinâmica Social: Violência, poder, mudança*. Lisboa: Planeta Editora.
- Gelles, R.J. & Straus, M.A. (1988). *Intimate violence: the causes and consequences of abuse in the American family*. New York: Touchstone.
- Heise, L. (1994). Violência e género: uma epidemia global. *Cadernos de Saúde Pública*. Consultado a 2007-05-01; http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1994000500009&lng=pt&nrm=iso
- Héritier, F. (1996). *Masculino feminino: o pensamento da diferença*. Lisboa: Instituto Piaget.
- OMS (1996). *La prévention de la violence: une priorité pour la santé publique*, Assemblée Mondiale de la Santé, 49ème. (WHA 49.25). Genève: Organisation Mondiale de Santé
- OMS (2001). *Violence et Santé: rapport du secrétariat*. Conseil Exécutif, 109ème. (EB 109/115). Genève: Organisation Mondiale de Santé

Promoção da Saúde: da investigação à prática

- OMS (1986). *Declaração de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde
- OMS (1997). *Declaração de Jakarta para a Promoção da Saúde para o séc. XXI*. Genebra: Organização Mundial de Saúde
- OMS (1998). *Promoción de la Salud: Glosario*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- Pais, E. (2006). *Violência doméstica no roteiro para a inclusão*. Disponível em:
<http://cidm.madbug.com/?new=1&toplevelID=50001>. Publicado em 14 de Agosto.
- Pais, M.S. (1994). *Violência contra as mulheres*. Seminário organizado, em 18 de Março de, pela Universidade Católica, em colaboração com a Secretaria de Estado da Justiça, a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres e o Clube Seroptimista Internacional de Lisboa. Disponível em: <http://www.gddc.pt/atividade-editorial/pdfs-publicacoes/7374-b.pdf>
- Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Saraceno, C. (1992). *Sociologia da família*. Lisboa: Estampa.
- Segalen, M. (1992). *Antropología histórica de la familia*. 4.º Ed. Madrid: Grupo Santillana de Ediciones.
- Silva, L.F. (1995) – *Entre marido e mulher alguém meta a colher*. Celorico de Bastos: Editores livreiros.
- WHO (2002). *First ever Global Report on Violence and Health released*. New WHO report more complete picture of global violence. Geneva: WHO

Stalking: **Desenvolvimentos de uma “nova” forma de violência interpessoal**

Helena Grangeia¹, Rita Conde² & Marlene Matos²

¹ Instituto Superior da Maia

² Universidade do Minho

Associado às noções de intrusão, obsessão e assédio encontra-se o conceito de *stalking*. Trata-se de uma construção relativamente recente que descreve um comportamento antigo (Mullen, Pathé, & Purcell, 2001) e que surge no mundo ocidental, a partir da última década do século XX (Grangeia & Matos, 2011). Desde então, o fenómeno passa a ter, nesse mesmo contexto, expressão no discurso social, jurídico e científico. No entanto, abordar o fenómeno do *stalking* em Portugal implica, ainda, definir e enquadrar historicamente este conceito. Na verdade, embora em vários países ocidentais o *stalking* seja criminalizado e socialmente reconhecido enquanto forma de violência interpessoal, em Portugal apenas recentemente tem vindo a receber atenção por parte de investigadores/as, profissionais e dos media (Grangeia, 2012).

A definição deste fenómeno é complexa. Trata-se de um conceito que agrega, em si, uma infinidade de comportamentos que adquirem o estatuto de comportamentos de *stalking* pela sua persistência e coocorrência, implicando um padrão de assédio intencional e intrusivo. Assim, podem ser considerados diversos modos de comunicação, contacto, vigilância e monitorização, podendo consistir em “ações rotineiras e aparentemente inofensivas (e.g. oferecer presentes, telefonar frequentemente, deixar mensagens escritas) ou em ações inequivocamente intimidatórias (e.g. perseguição, mensagens ameaçadoras)” (citado em Grangeia & Matos, 2010, p.124).

A dimensão deste fenómeno tem sido evidenciada em vários estudos. Uma das investigações que tem merecido mais destaque pelo facto de ter alertado, pela primeira vez, para a dimensão deste fenómeno revelou que 8% das mulheres e 2% dos homens tinham sido vítimas de *stalking* pelo menos uma vez durante as suas vidas (Tjaden & Thonnes, 1998). As autoras estimaram que 1 milhão de mulheres e mais de 370 000 homens seriam anualmente vítimas de *stalking* nos Estados Unidos da América. Desde então, o *stalking* passou a ser considerado um problema de justiça criminal e de saúde pública neste contexto. Uma meta-análise de 175 estudos sobre *stalking*, que incluiu amostras clínicas/forenses, comunitárias e com a população universitária, estimou uma prevalência geral de vitimação por *stalking* de 25% (Spitzberg & Cupach, 2007). Segundo esta meta-análise, a vitimação por *stalking* é mais prevalente entre as mulheres, tende a durar em média 22 meses e ocorre particularmente entre conhecidos, sendo o *stalker* mais frequentemente um ex-parceiro íntimo da vítima.

Não obstante a representatividade destes números, o interesse no *stalking* surge circunscrito a alguns países ocidentalizados. A reforçá-lo, Mullen, Pathé e Purcell (2001) consideram o *stalking* um problema social cujo reconhecimento despoletou inicialmente nos países anglo-saxónicos, como são exemplos os EUA, a Austrália e o Reino Unido. Relativamente aos países europeus, recentemente tem-se observado esforços significativos, quer da comunidade científica como dos sistemas de justiça criminal no seu reconhecimento formal (De Fazio, 2009; Modena Group on Stalking, 2007). No entanto, apenas nove países da União Europeia - Áustria, Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Irlanda, Malta, Holanda, Reino Unido e Itália - reconhecem o *stalking* como crime, possuindo leis que penalizam os comportamentos de *stalking* no seu conjunto, atribuindo a este fenómeno um estatuto autónomo.

A construção romantizada do *stalking*

De acordo com alguns autores (e.g. Spitzberg & Cupach, 2003), o que hoje se entende por *stalking* corresponde a comportamentos, fortemente enraizados na sociedade, que durante muito tempo foram descritos como feitos românticos e até heroicos. Mullen, Pathé e Purcell (2000) referem como exemplo o amor arrebatado e não correspondido de Petrarca por Laura e de Dante por Beatrice Portinari, inspirador de obras poéticas. Esses poetas persistiram nas tentativas de conquistar as mulheres amadas, ignorando as suas preferências. Também Skoler (1998) analisou a obra de Shakespeare e concluiu que inúmeras das suas personagens (e.g. Othello) representam várias ações ilustrativas de *stalking*. Na maioria dos casos é descrito o amor incondicional de um homem por uma mulher, o que legitima atos desesperados. Já por contraste, na mitologia, a deusa suméria Lilith é considerada o arquétipo da mulher *stalker* por desafiar o protótipo de mulher - a mulher domesticada representada por Eve (Kamir, 2001).

Também na literatura clínica, desde o final do século XIX, tem sido descrito um conjunto de comportamentos, percebidos no presente como *stalking*, como um tipo de delírio - a erotomania. Neste caso, o tema central do delírio é que alguém está apaixonado pelo sujeito, havendo um fascínio mórbido e uma idealização do objeto de afeto que, normalmente pertence a um nível social mais elevado (APA, 2002). Inicialmente, nas descrições clínicas de Kraepelin (1921), de De Clérumbault (1921/1942) e Hart (1921) (citados por Lloyd-Goldstein, 1998), a erotomania era descrita como uma síndrome cultural, associada à perseguição de figuras da nobreza e realeza europeia por pretendentes apaixonados.

Atualmente, a intriga, a ação e o contexto da rejeição romântica, que estão intimamente relacionados com o fenómeno de stalking, continuam a inspirar filmes, músicas e muita da literatura contemporânea. Por exemplo, no filme *Play a Misty for Me* (*Destinos nas Trevas*, 1971) é retratada a perseguição de uma fã a uma celebridade da rádio. O filme *Fatal Attraction* (*Atração Fatal*, 1987) descreve os métodos de uma mulher stalker. A longa-metragem *Sleeping with the Enemy* (*Dormindo com o Inimigo*, 1991), baseado no romance de Nancy Price, oferece uma visão do stalking associado à violência conjugal. Também no panorama musical surgem inúmeras alusões ao stalking. A letra da música de Sting - *Every Breath you Take* (1983), lançada pelos The Police, descreve a vigilância, monitorização e a omnipresença de um apaixonado rejeitado.

Estas construções culturais do amor romântico e da paixão, fortemente enraizadas na sociedade e refletidas na literatura, na poesia e na história, sugerem que a perseguição obsessiva e arrebatada seja entendida como um ato de amor, podendo conduzir a uma perceção ambivalente do stalking. Spitzberg e Cupach (2003) consideram que foi precisamente essa ambivalência que conduziu a uma criminalização tardia deste fenómeno nos países em que tal já acontece.

A construção social do stalking como forma de violência relacional

Sobre a origem do termo stalking importa mencionar que não se trata de um neologismo mas antes de uma apropriação a partir de um outro conceito. Inicialmente o termo stalking referia-se ao ato de perseguir uma presa e à forma de se movimentar silenciosamente, sem se ser visto (Mullen, Pathé, & Purcell, 2000). A ideia de perigo iminente pela presença de um ladrão ou de um caçador furtivo, com os seus métodos camuflados e certos, foram empregues na construção de um novo conceito que envolve atos que importunam e assediam um alvo, passando dessa forma o termo stalking a revestir-se de um novo enfoque.

Relativamente à construção do stalking enquanto problema social, refira-se que foi a partir de meados da década de oitenta que conceitos como assédio, violação psicológica e a perseguição obsessiva passaram a ser utilizados para descrever comportamentos de violência genderizada, em que a mulher é representada como vítima de um elemento do sexo masculino, quase sempre seu ex-parceiro (Lowney & Best, 1995). Foi entre 1989 e 1991, e sobretudo nos países anglo-saxónicos, que o termo stalking entrou no domínio público tal como é reconhecido na atualidade. A morte violenta de uma jovem atriz norte-americana, Rebecca Schaeffer, em 1989, por um fã com perturbação psiquiátrica e, simultaneamente, o sucesso de bilheteira do filme *Fatal Attraction* (*Atração Fatal*, 1987) foram os elementos necessários para alimentar o medo público de se ser obsessivamente perseguido por alguém perturbado (Mullen, Pathé, & Purcell, 2001). Nasceu, assim, um novo conceito para o termo anglo-saxónico stalking.

Percebe-se, desde então, que é frequentemente estabelecida uma associação entre este crime e as celebridades, transformando-se o star stalking num estereótipo associado ao fenómeno: Os ricos e famosos enquanto alvos primordiais de fãs delirantes e obsessivos (Kamir, 2001; Spitzberg & Cadiz, 2002). Porém, a redução do stalking ao epifenómeno do star stalking envolve inúmeros riscos: O stalking tende a ser visto como um problema das celebridades; os stalkers como pessoas desconhecidas, mentalmente perturbados e perigosos. Pelo contrário, o stalking relacional é dificilmente percecionado como intrusivo, por ser romantizado e, muitas vezes, enaltecido (Spitzberg & Cadiz, 2002).

Surgem, entretanto, os grupos feministas e de apoio à vítima que reclamam um novo conceito de stalking, transformando-o num assunto relacional e numa forma de violência contra as mulheres. É apenas entre 1992 e 1994 que se reclama a conceção do stalking como crime violento que ameaça potencialmente todos/as os/as cidadãos/cidadãs (Lowney & Best, 1995). Particular atenção é dada aos casos, normalmente mais violentos, de stalking no contexto de relações de intimidade. O stalking passa, então, a ser entendido como um crime de violência relacional, podendo configurar uma dimensão amplificada da violência doméstica.

Desenvolvimentos em Portugal

Quando em 2007 a pesquisa científica sobre o stalking começou a dar os primeiros passos em Portugal, existia a necessidade constante de tornar explícito o objeto de pesquisa, ou seja, de explicitar e definir a conduta de stalking (Grangeia, 2012; Matos, Grangeia, Ferreira, & Azevedo, 2012). Os relatos de vitimação, bem como os casos noticiados, indicavam sobretudo situações aleatórias, não integradas em nenhuma categoria de violência interpessoal ou fenómeno criminal (Grangeia & Matos, 2011). Informalmente as reações sobre o stalking eram de que este seria um fenómeno extremamente raro. Apesar de facilmente se identificarem casos conhecidos ocorridos na vida pessoal ou no círculo social, estas situações eram desvalorizadas relativamente à sua gravidade (Grangeia, 2012).

Face a este cenário de invisibilidade do fenómeno, o primeiro desafio consistiu em revelar as experiências e as dificuldades das vítimas no contexto português. Em causa, estava não só a evidência do fenómeno, mas também o reconhecimento e validação das experiências das vítimas (Matos, Grangeia, Ferreira, & Azevedo, 2011, 2012). O pressuposto subjacente ao reconhecimento do stalking como um problema social relevante seria o de permitir desenvolver e direcionar respostas de prevenção do stalking e de apoio específico às vítimas (Mullen, Pathé, & Purcell 2001). A identificação e a disseminação da prevalência e dinâmicas de vitimação por stalking evidenciam a magnitude do problema e, consequentemente permitem a definição de uma nova categoria de vitimação (Dunn, 2002). Paralelamente, a dimensão dos números conhecidos pressionam a adoção de uma posição formal de reprovação da conduta, como, por exemplo, a criminalização.

O projeto de investigação *Stalking em Portugal: Prevalência, impacto e intervenção* (PIHM/VG/0090/2008), financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia e pela Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género e implementado entre 2009 e 2011, pelo Grupo de Investigação sobre Stalking em Portugal (GISP) da Universidade do Minho, procurou colmatar estas lacunas, conduzindo o Inquérito Nacional de Vitimação por Stalking em Portugal (Matos et al., 2011). Propunha-se identificar a prevalência da vitimação por stalking, descrever os perfis dos/as stalkers e das vítimas, caracterizar as dinâmicas e os comportamentos de stalking e explorar o impacto da vitimação, bem como as fontes de apoio ativadas pelas vítimas. Os

dados recolhidos entre a população portuguesa com idade superior a 16 anos (N=1210) revelaram uma prevalência autorrelatada de vitimação por stalking de 19,5%. As vítimas identificadas eram sobretudo mulheres e os/as stalkers principalmente homens. As vítimas referiram frequentemente que os/as stalkers eram alguém conhecido ou seu amigo, seguido por stalkers com quem haviam mantido uma relação de intimidade prévia. Tentar estabelecer contacto e seguir o alvo foram os comportamentos mais relatados. A coocorrência de violência física e sexual foi reportada em 7,2% dos casos. O impacto da vitimação sentiu-se, sobretudo, a nível psicológico e acarretou alterações no estilo de vida do alvo. É importante salientar que a maioria das vítimas, principalmente as mulheres, relataram sentir medo. No entanto, contrastando com estes dados, quase 60% das vítimas não ativou qualquer fonte de apoio para enfrentar esta situação.

Apesar dos resultados descritos, em Portugal, o stalking não é ainda penalizado formalmente, ou seja, não existe um crime específico que agregue a complexidade e o processo de stalking, tal como ocorre em vários países europeus (De Fazio, 2009; Grangeia & Matos, 2011; Matos, et al., 2012). Pensar no stalking como um todo, ao invés de dividi-lo em comportamentos específicos, revela-se particularmente importante dada a variabilidade de comportamentos que o fenómeno comporta e a possibilidade de consistir “apenas na repetição de comportamentos comuns ou rotineiros” (Sheridan, Blaauw, & Davies, 2003, p.150). Nestas situações, o carácter intrusivo sobrevém a partir da contextualização dos comportamentos individuais numa campanha global de assédio e perseguição. Para além disso, tais comportamentos são muitas vezes expectáveis ou até desejáveis se integrarem processos de cortejamento ou aproximação pautados pela reciprocidade do alvo. Por esta razão, quando descontextualizados, dificilmente estes comportamentos (e.g. oferecer presentes ou tentativas diversas de contacto) são avaliados adequadamente pelas audiências como ameaçadores e tidos em consideração na avaliação da gravidade da conduta e do seu impacto (Grangeia & Matos, 2013). De resto, a recomendação de criminalização da conduta está patente no artigo 34º da Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres ratificada por Portugal, onde se lê:

“As partes deverão adotar as medidas legislativas ou outras que se revelem necessárias para assegurar a criminalização da conduta de quem intencionalmente ameaçar repetidamente outra pessoa, levando-a a temer pela sua segurança”.

Atualmente, as tipificações de crime constantes no Código Penal Português (29º versão – Lei n.º 19/2013, de 21/02) oferecem alternativas de penalização de ações que poderão fazer parte do stalking (e.g. Artigo 190º Violação de domicílio ou perturbação da vida privada), caso seja provado que as práticas constituem ameaças (Artigo 153º Ameaças) ou se os comportamentos forem perpetrados no âmbito do que é formalmente considerada violência doméstica (Artigo 152º Violência Doméstica).

Defende-se, portanto, a criação de políticas específicas relativamente ao stalking, uma vez que a sua omissão implica uma posição de permissividade geral a nível social (Grangeia, 2012; Matos et al., 2012). O estatuto do stalking em Portugal afeta diretamente as vítimas, restringindo a sua ação na ativação de meios de apoio e respostas formais, ao mesmo tempo que promove a vitimação secundária e minimiza as oportunidades de proteção efetivas e apropriadas (Grangeia & Matos, 2013).

Consideração para uma prática informada

Depois de enquadrado o fenómeno e após a reflexão sobre os obstáculos e as limitações impostos ao reconhecimento e às ações efetivas face ao stalking, importa, por fim, sublinhar alguns pontos fundamentais que se deverá considerar numa prática informada, especificamente direcionada para as vítimas do stalking.

Os stalkers são sobretudo pessoas conhecidas das vítimas

Contrariando os estereótipos de que o perigo se associa a alguém desconhecido, os estudos internacionais sobre stalking (cf. Spitzberg & Cupach, 2007), bem como o Inquérito de Vitimação por Stalking em Portugal (Matos et al., 2011) são perentórios na identificação dos stalkers como alguém próximo da vítima. No inquérito português, 24,8% das vítimas referiram que o/a stalker era alguém desconhecido, o que poderá refletir apenas a natureza camuflada das ações e não necessariamente a ausência de uma relação prévia.

Stalking como forma de abuso relacional

Em primeiro lugar importa salientar que, apesar de poder adotar diferentes expressões, o stalking manifesta-se sobretudo a partir de motivações relacionais. Concretamente, o stalking parte do desejo de iniciar ou reestabelecer uma relação de intimidade com o alvo, não obstante estas motivações sobreponham-se ou evoluírem para a retaliação ou desejo de vingança (Cupach & Spitzberg, 2004; Spitzberg, 2002; Spitzberg & Cupach, 2003). Neste sentido, o stalking relacional assenta numa relação de poder assimétrico. Este pressuposto facilita a diferenciação entre ações legítimas num processo de cortejamento e comportamentos de stalking, uma vez que estes últimos constituem “estratégias interpostas num relacionamento que é presumido apenas por uma das partes, constituindo por isso uma relação unilateral, indesejada pelo alvo desses comportamentos” (Grangeia, 2012, p. 5).

O stalking coocorre frequentemente com outras formas de violência

O stalking surge muitas vezes associado a outras formas de violência, integrando o quadro de experiências violentas a que se poderá estar exposto. A associação do stalking com outras formas de violência pode surgir de diferentes formas. Por um lado, a violência física ou sexual poderá integrar as estratégias utilizadas pelos stalkers, num processo de escalada. Ou seja, à medida que a campanha de assédio se estende no tempo e a rejeição por parte das vítimas se torna mais evidente, novos métodos mais coercivos são postos em prática (Cupach & Spitzberg, 2004). Estes comportamentos poderão estar associados a uma mudança nas motivações – do desejo de (re)iniciar uma relação à retaliação e vingança – ou consistir em estratégias de último recurso (Spitzberg, 2002; Spitzberg & Cupach, 2003). Por outro lado, o stalking poderá consistir num método adicional

do exercício de poder e controlo característicos dos padrões de violência conjugal durante uma relação de intimidade e, especialmente, pós-rutura.

Stalking como extensão do ciclo de violência conjugal pós-rutura

A investigação tem revelado que o stalking perpetrado por ex-parceiros íntimos apresenta dinâmicas específicas, nomeadamente, a perpetração de comportamentos altamente intrusivos e ameaçadores e uma escalada de severidade mais rápida. Este tipo de stalkers está também associado a um risco acrescido de coocorrência de violência física, à maior persistência dos comportamentos, à maior e mais rápida reincidência dos ofensores e a um impacto negativo mais profundo nas vítimas, quer a nível psicológico como social (Grangeia & Matos, 2012).

Um estudo realizado por Ferreira e Matos (no prelo) com 107 mulheres vítimas de stalking pós-rutura revelou que aquelas que relataram violência ocorrida durante a relação eram sujeitas a formas de stalking mais severas. Neste sentido, o contexto de rutura de uma relação pautada pela violência parece ser um forte preditor dos comportamentos de stalking futuros, o que pode indicar que o stalking constitui uma tentativa por parte do/a agressor/a conjugal de perpetuar o poder e o controlo sobre a seu/sua ex-parceiro/a (Brewster, 2003).

Face ao exposto, os profissionais de apoio às vítimas de violência conjugal devem estar conscientes do risco que envolve a separação conjugal num contexto de violência e agir em conformidade. Por outro lado, torna-se importante aceder e avaliar a existência de stalking durante a relação conjugal violenta, uma vez que a ocorrência de episódios de stalking durante a relação é um preditor do mesmo no futuro perpetrado pelo mesmo ofensor. Realça-se a pertinência da inclusão do stalking nos protocolos de triagem e avaliação nas vítimas de violência nas relações de intimidade.

A vitimação por stalking afeta especialmente determinados grupos

Apesar de qualquer pessoa poder estar potencialmente sujeita à vitimação por stalking, a investigação é congruente relativamente à identificação de grupos especialmente vulneráveis. As mulheres são os alvos primordiais e os homens os principais perpetradores. Relativamente ao grupo etário, os jovens constituem os alvos mais vulneráveis (cf. Grangeia & Matos, 2010). Para além disso, certas profissões são apontadas como especialmente vulneráveis à vitimação por alguns tipos de stalkers, nomeadamente aquelas que têm contacto regular com pessoas solitárias ou com distúrbios mentais, como é o caso dos profissionais da saúde ou de justiça (Pathé, Mullen & Purcell, 2001).

As perceções e representações do stalking são culturalmente específicas

Dada a complexidade e a variabilidade das definições, o stalking poderá ser concetualizado a partir da forma como o alvo significa os comportamentos (Grangeia, 2012). No entanto, é necessário ter em consideração que as representações do stalking refletem constrangimentos e construções sociais. Desde logo, é importante notar que a mesma experiência poderá ser avaliada de forma diferente em função do sexo do alvo e do/a stalker. Davis e Frieze (2002) argumentam, com base em diferentes estudos, que as ações perpetradas pelos homens são tomadas mais seriamente e, por isso, perspetivadas como mais ameaçadoras. Por outro lado, um estudo com população universitária em Portugal defende que se deverá considerar o padrão de interação entre género e o posicionamento como alvo ou perseguidor/a, explicando deste modo as versões mais brandas e positivas do stalking apresentadas pelos homens como perseguidores ou alvos e uma visão mais disruptiva e negativa sustentada quer pelas mulheres-alvo, bem como pelas mulheres perseguidoras (Grangeia, 2012). Um outro estudo, desta vez de carácter qualitativo, que utilizou grupos de discussão entre jovens, aponta que o stalking é socialmente construído a partir de dois discursos principais: O discurso romântico e o discurso de patologização (Grangeia & Matos, 2013). As autoras indicam que a alternância entre estas construções discursivas permite: Por um lado, a construção do stalking como uma forma legítima de sedução, especialmente se os stalkers forem do sexo masculino; e, por outro, a construção do stalking como uma expressão de uma patologia, particularmente se as stalkers forem mulheres.

A vitimação por stalking deverá ser contextualizada nas experiências globais de vitimação

A violência interpessoal implica, na maioria das vezes, múltiplas formas de vitimação, isto é, a experiencição de mais do que um tipo e/ou forma de vitimação (Matos, Conde & Peixoto, submetido para publicação). Os estudos indicam que um tipo de violência surge quase sempre associado a outros tipos de violência, sendo rara a experiência de um só tipo de vitimação (idem).

Miller (2006) estudou a vitimação múltipla no contexto da violência contra as mulheres nas relações íntimas que constituíram a amostra da National Violence Against the Women Survey. A autora concluiu que as experiências prévias de violência e de abuso explicam a variação dos relatos sobre a severidade da violência a que as mulheres estiveram expostas no contexto de uma relação de intimidade. A autora sustenta que as intervenções devem ser direcionadas ao conjunto de violências perpetradas (e.g. agressão isolada; violência física e stalking; violência física, stalking e violência sexual).

Também em Portugal, um estudo desenvolvido por Conde e Matos (2013), no âmbito do projeto Vitimação múltipla de mulheres socialmente excluídas: Intersecção de significados e trajetórias de mudança (PTDC/PSI-APL/113885/2009), financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, indica que as mulheres que sofreram violência nos últimos 12 meses relatam vários tipos de vitimação ao longo da vida (desde a infância à idade adulta), incluindo o stalking por parte do ex-companheiro.

De acordo com o exposto, a natureza multidimensional da violência interpessoal deve ser combatida através da estruturação de serviços diferenciados de acordo com o padrão de vitimação experienciado (tipos, frequência e severidade), com intervenções capazes de especificar as necessidades de cada vítima (Miller, 2006). Nesse sentido, as intervenções deverão adotar uma abordagem longitudinal, partindo da contextualização da experiência de vitimação na história de vida da vítima e avaliando todos os tipos de violência a que esteve exposta (e.g. violência interpessoal, abuso sexual, entre outros). Além disto,

Conde, Gonçalves e Matos (no prelo) indicam a necessidade de intervir a vários níveis, nomeadamente no âmbito das condições estruturais que deixam as mulheres numa situação de vulnerabilidade.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª edição, texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Brewster, M. P. (2003). Power and dynamics in prestalking and stalking situations. *Journal of Family Violence*, 18, 207-217.
- Conde, R., & Matos, M. (2013). Múltiple victimización: caracterización de las víctimas, los patrones y el impacto de la victimización. Comunicação apresentada no VII Congreso (Inter)Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Madrid: Sociedad Española Jurídica y Forense.
- Conde, R. Gonçalves, M., & Matos, M. (no prelo). Vítimas de violência conjugal: intervenção multicultural com mulheres marginalizadas. In A. Sani & S. Caridade (Orgs.). *Violência, agressão e vitimação: Práticas para a intervenção*.
- Cupach, W.R. & Spitzberg, B.H. (2004). *The dark side of relationship pursuit: From attraction to obsession and stalking*. New Jersey & London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Davis, K.E., & Frieze, I.H. (2002). Research on stalking: What do we know and where do we go? In K. E. Davis, I. H. Frieze, & R. D. Maiuro (Eds.), *Stalking: Perspectives on victims and perpetrators*, p. 353-375. New York: Springer Publishing Company.
- De Fazio, L. (2009). The legal situation on stalking among the European Member States. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 15(39), 229-242.
- Dunn, J.L. (2002). *Courting disaster: Intimate stalking, culture, and criminal justice*. New York: Aldine de Gruyter.
- Ferreira, C. & Matos, M. (no prelo). Post-relationship stalking: The experience of victims with and without history of partner abuse. *Journal of Family Violence*.
- Grangeia, H. (2012) *Stalking entre jovens: Da sedução ao assédio persistente*. Braga: Universidade do Minho. (Tese de Doutoramento em Psicologia na Especialidade de Psicologia da Justiça)
- Grangeia, H. & Matos, M. (2010). Stalking: Consensos e controvérsias. In C. Machado (Coord.), *Novas formas de vitimação crimina*, (121-166). Braga: Psiquilíbrios.
- Grangeia, H. & Matos, M. (2011). Da invisibilidade ao reconhecimento do stalking. In Sani, A. I. (Coord.). *Temas em vitimologia: Realidades emergentes na vitimação e respostas sociais*, (61-84). Coimbra: Almedina.
- Grangeia, H. & Matos, M. (2012). Riscos associados ao stalking: Violência, persistência e reincidência. *Revista da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Psicologia da Justiça*, 5,29-48.
- Grangeia, H. & Matos, M. (2013). Stalking – the Portuguese Case: discursive constructions of stalking and their implications. In S. Petrie (Coord.), *Controversies in policy research: Critical analysis for a new era of austerity and privation*, (53-81). Hampshire: Palgrave.
- Kamir, O. (2001). *Every breath you take: stalking narratives and the law*. The Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- Lloyd- Goldstein, R. (1998). De Clérambault (on-line): A survey of erotomania and stalking from the old world to the World Wide Web. In J. R. Meloy (Ed.), *The psychology of stalking*, (193-212). San Diego, CA: Academic Press.
- Lowney, K. S. & Best, J. (1995). Stalking strangers and lovers: changing media typifications of a new crime problem. In J. Best (Ed.), *Images of issues: Typifying contemporary social problems*, (33–57). New York: Aldine de Gruyter.
- Matos, M, Grangeia, H, Ferreira, C & Azevedo, V. (2011). *Inquérito de vitimação por stalking: Relatório de investigação*. Porto: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Matos, M., Grangeia, H., Ferreira, C. & Azevedo, V. (2012). Stalking in Portugal: Facing a remarkable challenge. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 188-194.
- Matos, M., Conde, R., & Peixoto, J. (submetido para publicação). Vitimação múltipla ao longo da vida: Uma revisão Sistemática da Literatura. *Psicologia & Sociedade*.
- Miller, J. (2006). A specification of the types of Intimate Partner Violence experienced by women in the general population. *Violence Against the Women*, 12 (12), 1105-1131.
- Modena Group on Stalking (2007). *Protecting women from the new crime of stalking: a comparison of legislative approaches within the European Union. Final Report*. University of Modena and Reggio Emilia. European Commission-Directorate General Justice and Home Affairs, disponível em <http://stalking.medlegmo.unimo.it/rapporti.shtml>
- Mullen, P. E., Pathé, M., & Purcell, R. (2000). *Stalkers and their victims*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Mullen, P. E., Pathé, M., & Purcell, R. (2001). Stalking: New constructions of human behaviour. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(1), 9-16.
- Pathé, M., Mullen, P.E., & Purcell, R. (2001). Management of victims of stalking. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 399-406.
- Pimlott-Kubiak, S. & Cortina, L. M. (2003). Gender, victimization, and outcomes: Reconceptualizing risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71,528-539.
- Sheridan, L. P., Blaauw, E., & Davies, G. M. (2003). Stalking: Knowns and Unknowns. *Trauma, Violence, & Abuse*, 4 (2),148-162.
- Skoler, S. (1998). The archetypes and psychodynamics of stalking. In J. R. Meloy (Ed.), *The psychology of stalking*, (85-112). San Diego: Academic Press.
- Spitzberg, B. H. (2002). The tactical topography of stalking victimization and management. *Trauma, Violence, & Abuse*, 3, 261-288.

- Spitzberg, B. H., & Cadiz, M. (2002). The media construction of stalking stereotypes. *Journal of Criminal Justice and Popular Culture*, 9, 128-149.
- Spitzberg, B. H., & Cupach, W. R. (2003). What mad pursuit? Obsessive relational intrusion and stalking related phenomena. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 345-375.
- Spitzberg, B. H. & Cupach, W. R. (2007). The state of art of stalking: Taking stock of the emerging literature. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 64-86.
- Tjaden, P., & Thoennes, N. (1998). *Stalking in America: Findings from National Violence Against Women Survey*. Washington: National Institute of Justice and Centers for Disease Control and Prevention.

Capítulo 5

Educação Sexual

Promover a saúde sexual com Arte

Carina Parente

Gabinete de Atendimento à Família (GAF)

Gabinete de Estudos e Atendimento a Agressores e Vítimas (GEAV) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

“A descoberta consiste em ver o que todos viram e em pensar no que ninguém pensou.”

Albert Szent-Gyorgyi

Citado por Cardoso, Ribeiro, & Ramad, 2014

Falar dos problemas dos jovens de hoje implica uma reflexão sobre a situação da sociedade atual, nomeadamente no tocante a temas controversos como a saúde e a sexualidade. Importa recordar que a *história contemporânea* acarreta mudanças particulares na saúde dos adolescentes.

É sabido que as crianças e os jovens passam a maior parte do tempo na escola, e, segundo Lehtinen (2008; *citado por* Gomes, Cravo & Gaspar, 2010), os estabelecimentos de ensino são estruturas importantes na promoção da saúde, contribuindo para o aumento da sua capacidade de aprender e, consequentemente para o sucesso académico.

A educação sexual passou a ser implementada segundo a Lei nº 60/2009 de 6 de agosto, constatando-se a partir desse momento um crescendo da investigação que procurou potenciar a eficácia nas intervenções em contexto escolar. Neste âmbito importa refletir sobre a quem compete esta tarefa, tendo a evidência realçado o envolvimento de todos os agentes educativos, uns fazendo-o de maneira formal, através de estratégias educativas conscientes e intencionais, e outros de modo informal, através de valores, atitudes, silêncios e práticas de vida quotidiana, modelos e representações próprias sobre a sexualidade (Ferrer, 2008).

No entanto, os agentes formais de educação continuam pouco disponíveis para comunicar abertamente sobre esta temática, dificultando quer o processo de seleção da informação quer o de tomada de decisão do jovem (Selman, Esmail & Ponzetti Jr., 2007). Há, inclusive, autores que consideram os *media* como a primeira fonte de educação sexual dos adolescentes (Andre, Frevert & Schuchmann, 1989; Kaiser Family Foundation & Children Now, 1997; L’Engle, Brown & Kenneavy, 2006, citado por Harris, 2011).

Segundo Avery-Leaf e Cascardi (2002), apesar da escola ser um contexto privilegiado de prevenção, as recomendações relativas à conceção de programas de prevenção referem que se deve atuar nos vários domínios sociais do indivíduo – família, pares, escola e comunidade – e conjugar fatores de risco e fatores protetores. O sucesso obtido com estes programas depende do tempo que lhes for dedicado na sala de aula, da habilidade e da motivação dos professores para trabalharem as temáticas e do suporte administrativo disponibilizado pela escola (Saavedra, 2010; Jesus, 2011).

No seguimento do acima exposto, um outro aspeto ganha realce - a diversidade, característica própria da camada jovem, que interfere com a eficácia da educação sexual ao nível da identificação das suas necessidades e dos seus estilos de aprendizagem. Os estudos que têm vindo a ser desenvolvidos neste âmbito sugerem como fatores de risco a nível sexual para os adolescentes: Os múltiplos parceiros, a não utilização de preservativo e a idade precoce de iniciação da atividade sexual (Moore, Manlove & Glei, 1998; Wellings, Field, Johnson & Wadsworth, 1994; Wellings, Mitchell, Johnson & Wdsworth, 1998; citado por Munro, et al., 2007). Além disso, os comportamentos de risco a nível sexual conduzem a consequências físicas e para a saúde mental a longo prazo (Schutt-Aine & Maddaleno, 2003, citado por Ponzetti, Selman, Munro, Esmail & Adams, 2009).

Acredito à semelhança de Gullotta, Adams e Markstrom (2000, citado por Ponzetti et al, 2009) bem como de Saavedra, Nogueira e Magalhães (2010), que a restrita transmissão de informação sobre sexualidade é insuficiente quando está em causa a promoção de comportamentos sexuais saudáveis pela camada jovem. Pelo contrário, são necessários programas que promovam a construção de uma *identidade sexual saudável*, o que implica o recurso a estratégias educacionais motivacionais, que combinem a aquisição de conhecimento com o treino de competências (Fischer & Fischer, 1992, citado por Munro, et al., 2007).

Com este trabalho pretendo suscitar reflexão sobre o atual processo de ensino-aprendizagem e apontar novos caminhos interdisciplinares que a Arte possibilita na educação sexual em contexto escolar, revestindo-se de extrema importância ao nível da prevenção de comportamentos sexuais de risco (e.g. infeções sexualmente transmissíveis - IST).

Com este artigo apresentar-se-á um programa de intervenção, o enquadramento teórico que esteve na base do desenvolvimento do mesmo, descritos os seus objetivos e uma síntese da planificação por cada ano da sua implementação.

Enquadramento Teórico

O contributo de todos os que participam no processo de aprendizagem – pais e/ou encarregados de educação, docentes, crianças e jovens e outros agentes educativos/de saúde/comunitários (Medeiros, Miranda & Miranda, 2010) – seria mais positivo se cada ator considerasse a importância da complementaridade entre os seus papéis para o desenvolvimento adaptativo dos mais novos. Neste âmbito importa recordar a teoria Vygotskyana que defende que o desenvolvimento humano resulta de um processo sócio-histórico auxiliado por um *mediador*, que na escola é o(a) professor(a).

Perante questões sociais, o papel desempenhado pelo professor/educador exige preparação para lidar com situações imprevisíveis do quotidiano (Brasil, 1998, citado por Souza, 2009). Todavia, assistimos em Portugal, a um crescendo de esforços para a criação de um sistema excessivamente uniformizado, projetado e burocratizado, que conduz ao quase *esquecimento* da idiossincrasia de cada caso/situação/aluno. Assim, urge atender à significação que cada sujeito atribui à sua existência, e ajustar o caráter massivo do saber institucionalizado (Souza, 2009), criando condições para que a criança/jovem possa desenvolver o pensamento crítico-reflexivo, sendo reconhecido como um crítico da informação recebida, e não como simples espetador (Piletti, 1997, citado por Souza, 2009), evitando que seja o professor a definir o elemento de interesse individual de cada aluno, apesar de deter responsabilidade pela prática educativa (Souza, 2009).

Na área da sexualidade, o professor desempenha com maior facilidade o papel de agente informativo/formador por conhecer uma diversidade de metodologias ativas (didático-pedagógicas), o que não invalida que necessite de formação e treino especializado, possibilitando-lhe refletir acerca do conceito de sexualidade que por ser uma construção social está fortemente marcada por crenças e mitos, que podem conduzir a uma visão redutora e condicionar a prática (Dias, Cruz & Santiago, s/d). Neste âmbito, a responsabilidade não recai unicamente sobre a escola. Anderson e Bury (1988), Cohen e Wills (1985) e Kazak (1989) reconheceram a relevância do papel da família para a prevenção da infeção pelo VIH e para a promoção da saúde no geral (Pequegnat & Szapocznik, 2000), constituindo-se como o principal agente de socialização e grupo de referência com maior impacto na formação de valores, crenças, concetualizações, atitudes e a educação moral dos filhos (Ferrer, 2008; Kohlberg, 1992; Ribeiro, 1990, citado por Silva, 2006).

As relações estabelecidas entre os membros da família são fundamentais para que as crianças se apropriem dos modelos relativos ao ser-se homem ou mulher e adquiram uma visão positiva ou negativa da sexualidade (Ferrer, 2008). Deste modo, há famílias em que existem marcadamente estereótipos de género (Berdún, 2001; citado por Silva, 2006), enquanto noutras não existe uma comunicação aberta, assumindo-se os pares e os *media* como fontes de informação privilegiadas (Ansuini et al, 1996; citado por Silva, 2006). Logo, importa não descurar que o diálogo geracional é, em si mesmo enriquecedor, mesmo quando se defendem pontos de vista diferentes (Silva, 2006).

Num estudo realizado por Sampaio (1987; citado por Silva, 2006), a maioria dos pais aceita a responsabilidade da escola no campo da educação sexual, defendendo que esta deveria ser obrigatória e ter lugar desde o ensino pré-escolar e assumem sentir dificuldades no educar para a sexualidade os seus filhos e insegurança por não terem tido este modelo na sua infância, optando, frequentemente, pelo silêncio (Moita & Santos, 1992; citado por Silva, 2006).

No fundo, para que a educação sexual seja verdadeiramente eficaz, urge envolver todos os agentes educativos, apoiando-os na reflexão acerca das suas próprias práticas educativas e sobre a sua influência ao nível da manutenção ou desconstrução dos discursos dominantes sobre a sexualidade (Paechter, 2006, citado por Saavedra, Nogueira & Magalhães, 2010). Assim, implementar programas de educação sexual para os/as adolescentes/jovens é essencial, devendo o trabalho ter início junto dos/as agentes educativos/as (Nogueira, Saavedra & Costa, 2008; Saavedra, Nogueira & Magalhães, 2010).

Pedagogia e o contributo da Arte

Antes mesmo de procurarmos respostas para as questões orientadoras deste trabalho, importa descortinar o que é a Arte. Deriva do latim *ars*, e corresponde ao termo grego *tékne*. É o resultado da cultura de cada povo, dos valores, dos anseios e da subjetividade humana. Danto (2010, citado por Loponte, 2012, p. 8) afirma que “a arte contemporânea tem permitido experimentos extraordinários, imensamente mais ricos do que a desamparada imaginação filosófica poderia conceber por si própria”. Eco (2005; citado por Lopes, 2010; Junior, 2010), pensador italiano, que considera que as obras de arte ao serem ambíguas e induzirem autorreflexibilidade permitem inúmeras interpretações sem que a sua singularidade seja tocada, ocupando o recetor um lugar privilegiado, pois pela multiplicidade de significados, a arte proporciona a quem a interpreta um acréscimo de informação.

Na linha do acima proposto, Salou (2012) acrescenta que “A arte contemporânea rompe com qualquer tipo de barreiras limitativas, de rigidez, de imutabilidade, de determinismo da obra de arte. (...) A obra de arte é agora vista como um universo de sentidos (...)” (s/p).

Todavia, a valorização do pensamento científico lançou o subjetivo para a marginalidade. Em pleno século XXI, na escola vislumbra-se a universalização do ensino, a falta de assertividade na comunicação professores-alunos e o reduzido investimento na promoção do pensamento e da subjetividade (Loponte, 2012). O mesmo autor recorda Obregón (2007), para quem esta instância é “ainda uma máquina produtora de sensatez mais do que sensibilidades” (p.10).

No seguimento do acima referido surge uma das questões orientadoras do presente trabalho: De que forma a arte pode impulsionar processos de formação mais abertos, flexíveis, motivacionais capazes de produzir saber e saber-fazer?

Considerando que o “inacabamento do ser ou sua inconclusão é próprio da existência vital” conforme defendido por Freire (1996, p. 29), a promoção do desenvolvimento integral e harmonioso depende comprovadamente do contributo da educação.

Contudo, deverá ser o aluno a ocupar o lugar central, participando incessantemente no processo de construção do mundo e do seu EU. Neste âmbito é relevante o contributo da Arte para o ensino-aprendizagem por proporcionar experiências singulares, motivacionais e construtivas da criança/jovem (Piletti, 1997; citado por Medeiros, Miranda & Miranda, 2010).

Para Byington (2003, citado por Tommasi, 2007) a criança e o jovem ao pintar, ao desenhar, ao dançar, ao cantar experimenta emoções diversas, o que contribui para o seu desenvolvimento expressivo. Este autor propõe a *pedagogia simbólica Junguiana* para revitalizar os métodos educacionais, associando o ensino ao lúdico, ao imagético, ao dramático.

Recordo aqui a questão levantada por Loponte (2012) que nos aproxima do propósito deste artigo: “quando a arte contemporânea, esta desnorteante produção artística de nosso tempo, pode desafiar nossos modos de pensar a educação, suas práticas e políticas? Este considera que estes dois saberes (...) olham-se desconfiados duvidando da capacidade um do outro, (...). As artes adentram a escola (...). O mundo da educação flerta com o mundo da arte por meio de ações educativas (...)” (p.3).

O estudo da relação entre a arte e a educação já vem acontecendo há muito tempo. Loponte (2012) refere Eisner (2008) que procurou conhecer o que a educação pode aprender das artes sobre a prática educativa. Por outro lado, cita Read (s/d) que considera que a educação deveria ter como objetivo a *preparação de artistas*. Salienta ainda Dias (2006) que afirma que “estar recetivo à arte é reviver a experiência de criar” (p. 10). Contudo, nos discursos pedagógicos, a arte ocupa um lugar marginal e subestimado, ignorando-se o seu potencial. Neste sentido, sublinha o discurso de Favaretto (2010) que afirma que ignorar o potencial da arte na educação é fechar os olhos a uma realidade promissora neste campo, o potencial da percepção, da sensibilidade, do entendimento, “(...) funcionando como um descaminho daquilo que é conhecido” (p. 11) é uma função da arte na educação.

A expressão artística, por atuar sobre o plano emocional, permite que o sujeito demonstre qual o seu entendimento acerca da sua existência e a do outro, elabore conceitos e revele o sentido dos seus papéis sociais. Melhor dizendo, quer para Vygotsky (1998, citado por Medeiros, Miranda & Miranda, 2010), quer para Farinha (2008; Loponte, 2012), a Arte é uma experiência tão enorme e excecional que produz a relação entre a subjetividade e a objetividade, configurando-se assim como um instrumento impulsionador do potencial criador da criança e do jovem.

Em conformidade com o supra referido, Lowenfeld e Brittain (1977; citado por Souza, 2009), afirmam que o Homem através dos sentidos (ver, ouvir, cheirar e provar) encontra os meios que lhe permitem uma interação entre ele próprio e o seu meio, sendo assim maior a oportunidade de aprendizagem, se conseguir desenvolver uma crescente sensibilidade e uma maior a consciencialização de todos os sentidos. Deste modo pode-se considerar, então, a manifestação artística como um recurso pedagógico no âmbito da educação para os afetos e a sexualidade, bem como para todas as outras áreas do saber.

Na atualidade, vários investigadores exploraram as vantagens das práticas didático-pedagógicas para o processo de ensino-aprendizagem. Constata-se que a música, o teatro e os filmes, ao conjugarem o movimento e o debate sobre temas atuais, estimulam o desejo e o gosto por aprender (Souza, 2009). Assim, conforme o mesmo autor ao citar Vasconcelos (1996), urge adaptar o modo de ensinar, ligando a aprendizagem às realidades sociais e aos interesses das crianças e dos jovens, permitindo-lhes compreender a relação entre o saber escolar e as suas necessidades concretas de vida.

Ao brindar os alunos com experiências sensoriais únicas e contribuir para a definição de novos horizontes, a educação artística visa o desenvolvimento da sensibilidade criadora no indivíduo (Souza, 2009). No fundo, importa *colorir* as inquietações pedagógicas que podem ir desde o modo como pensamos as aulas até à interpretação das políticas educativas, através de laços entre a arte e a educação (Loponte, 2012).

Atualmente, a revisão da literatura evidencia o uso da dramatização na educação sexual, principalmente na exploração da temática do VIH/Sida, apesar de se manter o debate ao redor da eficácia desta estratégia educativa (Dalrymple, 2006; Etherton & Prentky, 2006; Allen, Allen & Dalrymple, 1999; citado por Munro, et al., 2007).

Nesta ótica, Mages, Salmon e Orme (s/d) avaliaram o *Projeto Jump* desenvolvido conjuntamente pela *Bristol Teenage Pregnancy Partnership*, *North Somerset Teenage Pregnancy Partnership* e o *Myrtle Theatre Company in Bristol* que usou a dramatização como estratégia promotora da saúde sexual e preventiva da gravidez na adolescência e das IST's de 121 jovens, 55 rapazes e 66 raparigas com idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos. Estes jovens consideraram a dramatização como um facilitador da reflexão e do debate acerca dos seus comportamentos e das suas atitudes sexuais. Este é um meio estimulante, acessível, realista e eficaz para promover a saúde sexual se os jovens forem envolvidos desde a conceção do projeto; se for relevada a identificação e a satisfação das suas necessidades, particularmente as emocionais; se os profissionais tiverem uma formação adequada e se o espaço físico reunir as condições ideais à implementação do projeto.

A natureza holística da dramatização permite explorar temáticas difíceis, ao promover a reflexão, o autocontrolo, a mudança e a proatividade dos participantes (Boal, 1985; Greene, 1995; Matarasso, 1997; Prentki & Selman, 2000, citado por Munro, et al., 2007). Neste sentido, surge o programa *Are we there yet?* que visa educar para a sexualidade através do recurso ao teatro-debate com estratégia inovadora e promotora da aquisição de novos conhecimentos e da prática simulada da tomada de decisão. Este difere dos programas mais tradicionais por considerar que os jovens detêm um conhecimento aprofundado sobre sexo e por se focalizar na promoção do seu *empowerment*. Foi testado numa amostra constituída por 5 escolas e um total de 310 estudantes. Os resultados mostram que o teatro-debate favorece reflexão pessoal e o autoconhecimento dos estudantes, contribuindo para um incremento do conhecimento e das competências essenciais à sua autoeficácia no processo de tomada de decisão e na identificação dos limites pessoais a nível sexual.

Na mesma linha do programa acima apresentado, Ponzetti, et al., (2009) procuraram avaliar a eficácia do teatro-debate enquanto estratégia educativa, utilizando o programa acima apresentado e uma amostra constituída por 627 alunos, com idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos. A premissa base desta investigação é a seguinte: O teatro-debate é uma oportunidade única para sentir prazer, identificação e distanciamento da realidade, conduzindo o prazer à criatividade, à recetividade e à abertura. Foi, assim, considerado uma estratégia inovadora na educação por apelar à expressão emocional na exploração da temática da sexualidade.

Sheldon (*s/d*, citado por Penfold, 2012) desenvolveu o projeto *Beats and Brains*, que culminou na produção de um filme intitulado *Trust me* conjugado com um projeto musical como ferramentas de promoção da saúde sexual saudável e de relacionamentos positivos. Envolveu 30 jovens, com idade compreendidas entre os 14 e os 20 anos, um produtor de *hip hop*, Joe Buddha, e uma produtora de filmes, a *Fourmost Films*. Cinco mil exemplares produzidos foram distribuídos por escolas, colégios e consultórios no âmbito da saúde sexual, e foram utilizados nas aulas de educação para a saúde, tendo-se constatado um maior envolvimento dos alunos no diálogo acerca do abuso sexual nos relacionamentos entre jovens.

Por sua vez, Jesus (2011) desenvolveu um estudo que visava compreender o impacto da intervenção mais lúdica e emocional na mudança de atitudes e de comportamentos sexuais de 113 jovens que frequentavam do 9º ano de escolaridade. Foram abordadas a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) e o namoro violento. Os resultados demonstraram que apesar da intervenção ser breve, a satisfação dos jovens com as atividades lúdicas e recreativas é superior à sentida com as mais formais.

A Dança, a Poesia, a Música e Fotografia como recursos pedagógicos

Vivendo nós em pleno século XXI, a comunicação estabelece-se com tal rapidez que os adolescentes se sentem cada vez mais afastados dos conteúdos programáticos escolares, adotando por vezes posturas de resistência face ao trabalho proposto, por isso importa atender à avaliação diagnóstica dos interesses dos alunos.

Com o programa *Missão S* procurou-se pôr em contacto os docentes, os encarregados de educação e os alunos do secundário com diversas representações artísticas. A finalidade deste programa visava proporcionar uma experiência que comprovasse que o ensino através da arte é mais motivante, satisfatório e eficaz na promoção dos afetos e da sexualidade saudável, na prevenção das IST e na promoção da igualdade de género nas relações amorosas.

Lembrando Brittain (1977, citado por Souza, 2009) que considera a função da escola como um espaço que fomente a construção de pessoas que possam armazenar fragmentos de informação e depois os possam repetir sempre que solicitado, e concordando que, ainda hoje, predomina esta conceção tradicional de ensino em Portugal, procuramos contribuir para a legitimação da Arte enquanto estratégia pedagógica potencialmente eficaz na abordagem de temas como a cidadania, saúde e saúde sexual, orientação sexual e abuso de substâncias psicoativas. Esta é uma tarefa árdua dada a recusa de uma percentagem significativa de professores em aceitar que o seu trabalho deve ser transversal. Assim, justificam o seu parco investimento na educação para a sexualidade com a urgência no cumprimento dos currículos anuais em cada disciplina (Souza, 2009).

O projeto *Missão S* conjugou o recurso à Arte com a educação pelos pares como estratégias complementares na promoção e educação para a saúde e sexualidade em contexto escolar. Assim, considero essencial fazer uma aproximação teórica a esta estratégia educativa e preventiva, conforme a seguir se expõe.

Educação pelos Pares

Atualmente a evidência científica comprova que a educação pelos pares contribui para a eficácia das intervenções ao nível da prevenção de comportamentos de risco e promoção de estilos de vida saudáveis (Ward, Hunter & Power, 1997; Turner & Shepherd, 1999; Walker & Avis, 1999; Backett-Milburn & Wilson, 2000; citado por Completo, Veríssimo & Carvalho, *s/d*). Neste sentido, Ehrhardt, Krumboltz e Koopman (2006) consideram que estes programas contribuem para o aumento dos conhecimentos na saúde sexual e da confiança nas suas competências pessoais dos pares mediadores. Além disso, acreditam que quanto maior a autoconfiança e mais conhecimentos detiverem os educadores de pares mais eficazes serão no desempenho do seu papel. Para além da autoconfiança, um programa eficaz deve promover o desenvolvimento de autoestima, responsabilidade, atitudes assertivas, escuta ativa e competências de organização e gestão (APF, 2008).

Para Dias e Rodrigues (2009) o papel do grupo de pares é mais importante do que o da família na educação para a sexualidade dos jovens. Contudo, em segundo lugar surge a progenitora, depois os profissionais de saúde e, por último, os professores. Curiosamente, os jovens que indicaram os professores/educadores como fonte principal de conhecimento sobre a sexualidade evidenciaram menor predisposição para o relacionamento sexual comparativamente com os que indicaram o grupo de pares.

Os dados acima referidos são corroborados por Claes (1990, citado por Dias & Rodrigues, 2009) e Vilar (1999). Concretizando, para Claes (1990, citado por Dias & Rodrigues, 2009) a ação do grupo de pares é determinante no domínio dos gostos, das preferências, da linguagem e dos modelos de interação individual e sexual. Em contrapartida, a influência dos modelos parentais é superior na escolha dos valores socioeconómicos, dos hábitos de consumo, da religião e da adesão política. Vilar (1999) concluiu que os adolescentes portugueses estão pouco informados sobre questões sexuais e a sua principal fonte de informação nesta matéria é o amigo/amiga, em oposição aos progenitores, que exercem uma influência diminuta como informadores espontâneos ou formais.

Programa MISSÃO S

A implementação da Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto não tem sido pacífica. Contudo, esta Lei tem mérito por se alicerçar solidamente nos afetos e sublinhar a necessidade de uma *união de esforços* entre a Escola, os Encarregados de Educação e instituições da comunidade local.

A construção deste programa aconteceu progressivamente em função dos interesses, das necessidades e das dúvidas dos alunos envolvidos, assumindo estes um papel ativo ao longo dos três anos de desenvolvimento. Os resultados foram promissores e, em cada ano surgiu uma nova experiência!

Numa primeira fase, a coordenadora da saúde auscultou os docentes, os encarregados de educação e os alunos para avaliar as necessidades identificadas na escola e definir o problema de investigação – inexistência de um programa estruturado de

educação sexual para o secundário na referida escola – que derivava principalmente de constrangimentos sentidos pelos professores na abordagem da temática sexualidade e da percepção de que a maioria das famílias era ineficaz na resposta às dúvidas dos jovens.

Foi estabelecida parceria entre o centro de atendimento psicossocial VIH/SIDA do Gabinete de Atendimento à Família (GAF) e o agrupamento de escolas ao nível do planeamento, implementação e avaliação do programa de educação sexual para o ensino secundário.

Numa fase inicial avançou-se para a avaliação diagnóstica: Explorar os interesses, as percepções, as dúvidas, os medos, os conhecimentos e as competências artísticas dos alunos de duas turmas do 10º ano e três alunas de 9º ano, que frequentavam o clube de fotografia da escola, num total de 37 alunos.

Objetivos do Programa

Com este programa de intervenção procurou-se alcançar os seguintes objetivos: Explorar interesses e competências pessoais e sociais dos alunos; fomentar a educação para os valores, facilitando o envolvimento dos jovens/alunos na definição das atividades a realizar; promover o autoconhecimento, a criatividade, a autocrítica, o respeito pelo outro e pela diferença e a não discriminação nos jovens; promover a reflexão e uma postura proativa dos diferentes agentes (escola/família/comunidade) na promoção da saúde sexual e da igualdade de género; fomentar a utilização da Arte e da educação pelos pares como estratégias de educativas na promoção da saúde e na prevenção da infeção pelo VIH e outras IST no ensino secundário.

Metodologia de Intervenção

Na sua maioria, os programas de educação sexual têm na base modelos sociocognitivos que postulam a mudança comportamental e das percepções acerca da realidade através da desconstrução de crenças e da transformação de atitudes e comportamentos. Todavia, a evidência aponta para um desfazamento entre cognições e comportamentos que justifica o facto de pessoas não pratiquem sexo mais seguro, apesar de deterem informação adequada sobre a infeção por VIH e outras IST (Willig, 1999; citado por Saavedra, Nogueira & Magalhães, 2010). Assim, como alternativa para a construção deste projeto recorreu-se à abordagem construcionista social da sexualidade e da educação sexual que implica compreender o significado atribuído pelos adolescentes/jovens aos seus comportamentos (Saavedra, Nogueira & Magalhães, 2010).

A metodologia utilizada foi a investigação-ação que ao ser usada como uma modalidade de investigação qualitativa, que está ao serviço de uma causa, a de “promover mudanças sociais” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 292), no qual o investigador se envolve ativamente. Logo é dinâmica, motivadora, centrada na prática e na melhoria das estratégias utilizadas e tem duplo objetivo: A ação (melhoria da prática pela mudança, que resulta de uma transformação da atitude do investigador) e a investigação (aprendizagem em virtude das consequências das mudanças, só possível através da compreensão das experiências individuais e da participação ativa e responsável de todos os implicados - professores, outros intervenientes da comunidade). É um processo sistémico que ocorre por ciclos de planificação, ação, observação e reflexão (Fernandes, 2006; Castro, s/d).

Segundo Sanches (2005), a investigação-ação, “pode constituir-se como um processo de construção de novas realidades sobre o ensino, pondo em causa os modos de pensar e de agir das nossas comunidades educativas” (p.130). Assim, em resposta à diversidade dos seus públicos e aos grandes desafios de uma educação inclusiva, considera-se que deve ser uma atitude a desenvolver nos professores do século XXI.

Temáticas exploradas

No primeiro ano, 2010, foram trabalhadas cinco temáticas: A violência no namoro; toxicodependências; o afeto, o respeito e a confiança na relação amorosa; as vantagens da utilização do preservativo; e amizade. Para o efeito, partiu-se da especial vocação e competência para a expressão artística da maioria dos alunos envolvidos e utilizou-se a Arte configurada através de três tipos – a fotografia, a dança ou expressão corporal e a música.

Com este projeto a transdisciplinaridade tornou-se uma realidade ao nível da educação sexual em contexto escolar! No primeiro ano foram envolvidas as disciplinas de português, inglês, matemática, geografia, história, educação moral e religiosa católica (num total de 6 sessões de 90 minutos) na exploração teórica das temáticas e na preparação dos guiões de ação. Posteriormente, com a colaboração de profissionais de uma associação cultural local (6 sessões de 2 horas), em período extracurricular produziu-se a performance *Os namorados* que foi apresentada nas XVII Jornadas do GAF, em Maio de 2011.

A experiência do primeiro ano (acima descrito) permitiu um aumento da participação e do *empowerment* dos jovens que surpreendeu quer os seus encarregados de educação quer os seus professores. No segundo ano de execução, os alunos envolvidos por sentirem que poderiam ser elementos chave da comunidade educativa ao nível da promoção da saúde e educação para os afetos e sexualidade, mostraram interesse na formação de pares mediadores. Assim, no ano letivo 2011-2012 direccionamos a intervenção para a promoção das competências que lhes permitissem desempenhar adequadamente o papel de pares mediadores junto dos colegas mais novos (9º ano). Numa fase final do ano letivo, os alunos foram elucidados relativamente à planificação de projetos e em pequenos grupos selecionaram a temática que pretendiam explorar e a Arte a utilizar na preparação de uma ação a implementar no ano letivo seguinte (2012-2013), semelhante à performance anteriormente mencionada.

Os professores das diferentes disciplinas estiveram envolvidos, tendo sido realizadas dez sessões e exploradas as seguintes temáticas: Homossexualidade, infeção por VIH, minorias sexuais, consumo de substâncias psicoativas, gravidez na

adolescência e interrupção voluntária da gravidez (IVG). Os quatro grupos de trabalho formados selecionaram as seguintes áreas de expressão artística: Música, dramatização/expressão corporal e fotografia.

Neste segundo ano, procuramos que os encarregados de educação se envolvessem mais ativamente no desenvolvimento do projeto, contribuindo para uma aproximação efetiva escola-família. Foram realizadas quatro reuniões entre pais e professores das turmas com a moderação da coordenadora da saúde e da psicóloga do CAPS VIH/SIDA, em horário pós-laboral, mediante convocatória. Surpreendentemente, os encarregados de educação mostraram ainda maior abertura e empenho que os professores.

Para concluir, sublinham-se as palavras de Gomes et al (2010, p.23), “Tudo começou com uma ideia muito simples. Simples, como todas as coisas que fazem a diferença. Ajudar a pensar saúde para poder viver saúde...”. No terceiro ano de implementação do projeto (ano letivo 2012-2013), o plano traçado com muita motivação e o tempo contado para a concretização dos objetivos! A fase de conclusão encontra-se em curso durante a qual se está a realizar um estudo para avaliar as perceções dos encarregados de educação e dos alunos acerca da eficácia do projeto em causa.

Bibliografia

- Associação para o Planeamento da Família (2008). *Manual de educação inter-pares em direitos e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa: APF
- Bogdan, R., Biklen, S., (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Cardoso, A.P.; Ribeiro, S. & Ramad, J. (2014). *Cor e Luz na interpretação da imagem: Tradução Cerebral*. Porto: Qualquerideia
- Castro, C (s/d). *Características e finalidades da Investigação-Ação*. Consultado no dia 22 de Abril 2013 através de www.cepealemanha.files.wordpress.com/2012/12/ia-descric3a7c3a3o-processual-catarina-castro.pdf
- Completo, Veríssimo & Carvalho (s/d). *Avaliação de um Modelo de Educação pelos Pares: Percepção dos Agentes e dos Alvos de Intervenção*. Poster apresentado na Faculdade de Educação e Psicologia: Universidade Católica Portuguesa
- Danto, A. (2006). *Após o fim da arte: a arte contemporânea e os limites da história*. São Paulo: Odysseus. Consultado em Janeiro 2013, através de books.google.pt
- Dias, H., Cruz, O., & Santiago, M.C. (s/d). A Educação Sexual: relato duma experiência. *Educação para a Saúde, Cidadania e Desenvolvimento Sustentado: Educação para a Sexualidade*. III Congresso Internacional Sexualidade e Educação Sexual, Lisboa.
- Dias, A. & Rodrigues, M. (2009). Adolescentes e Sexualidade: contributo da educação, da família e do grupo de pares adolescentes no desenvolvimento da sexualidade. *Revista Referência*, II (10),15-22
- Ehrhardt, B. L.; Krumboltz, J.D. & Koopman, C. (2006). Training Peer Sexual Health Educators: Changes in Knowledge, Counseling, Self-efficacy, and Sexual Risk Behavior. *American Journal of Sexuality Education*.2 (1).
- Farina, C. (2008). Formação estética e estética da formação. In: Fritzen, C., Moreira, J. (orgs.). *Educação e arte: as linguagens artísticas na formação humana*. São Paulo: Papyrus, 95-108
- Favaretto, C. (2010) Arte contemporânea e educação. *Revista Iberoamericana de Educación*. 53, 225-235. Consultado em dezembro 2012: <http://www.rioei.org/rie53a10.pdf>
- Fernandes, A.M. (2006). *Projeto SER MAIS: Educação para a Sexualidade Online*. Dissertação submetida à Faculdade de Ciências da Universidade do Porto para a obtenção do grau de mestre em educação multimédia, sob a orientação do professor Doutor João Carlos de Matos Paiva.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da Autonomia*. São Paulo: Paz e Terra.
- Ferrer, E. (2008). Educación de la sexualidade preescolar: Un enfoque alternativo y participativo. *SUMMA Psicológica UST*, 5 (2), 53-62.
- Gomes, J; Cravo, L & Gaspar, P (2010). Projeto “Pensar saudável, viver saudável”: Uma (Boa) Prática de Educação para a saúde baseada na formação pelos pares. In Pereira, H. et. al. (Ed.). *Educação para a Saúde, Cidadania e Desenvolvimento Sustentado: Experiências Educativas em Promoção da Saúde*. Castelo Branco: Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior
- Harris, A. (2011). Media and Technology in Adolescent Sexual Education and Safety. *The Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses*. 40, 235-242
- Infopédia. Porto: Porto Editora, 2003-2013. [Consultado 2013-04-04]. Disponível através de <http://www.infopedia.pt/pesquisa.jsp?qsFiltro=0&qsExpr=arte>.
- Jesus, A. A. (2011). *Educação Sexual: Uma metodologia formal vs Lúdico/emocional*. Lisboa: Universidade de Lisboa. (Tese de Mestrado).
- Junior, A.B. (2010). Arte e Abdução na obra teórica de Umberto Eco. *Cadernos de Semiótica Aplicada*, 8(1).
- Kohlberg, L. (1992). *Psicologia del desarrollo moral*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lopes, M.C. (2010). Umberto Eco: da “Obra Aberta” para “Os Limites da Interpretação”. *Revista Redescoberto. Revista on line do GT de Pragmatismo e Filosofia Norte-Americana*, 1(4).
- Loponte, G. (2012). Desafios da arte contemporânea para a educação: práticas e políticas. *Arquivos Analíticos de Políticas Educativas*, 20 (42), Consultado através de <http://epaa.asu.edu/ojs/article/view/1125>
- Lowenfeld, V. & Brittain, W.L. (1997). *Desenvolvimento da Capacidade Criadora*. 5ª edição. São Paulo: Meste Jou
- Mages, L., Salmon, D., & Orme, J. (2007). Using drama to help ‘hard to reach’ young people access sexual health education. *Primary Health Care*.17 (4),41-45

- Medeiros, C., Miranda, G., & Miranda, A. (2010). A Arte no ensino-aprendizagem e a sua contribuição para a formação do contador: dramas e descobertas do estudante-artista. *Revista Eletrônica de Administração*. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- Nogueira, C., Saavedra, L. & Costa, C. (2008). (In)visibilidade de gênero na educação sexual: propostas para uma nova concepção sobre a prevenção de comportamentos sexuais de risco. *Pro-posições*, 19, 2(56), 59-80.
- Penfold, J. (2012). Tuning into young people's perspectives on sexual health. *Nursing Children and Young People*. 24(8).
- Pequegnat, W. & Szapocznik, J. (2000). *Working with families in the Era of HIV/Aids*. London: Sage Publications, Inc.
- Ponzetti, J.J., Selman, J., Munro, B., Esmail, S., & Adams, G. (2009). The effectiveness of participatory theatre with early adolescents in school-based sexuality education. *Sex education*, 9(1).
- Saavedra, L., Nogueira, C., & Magalhães, S. (2010). Discursos de jovens adolescentes portugueses sobre sexualidade e amor: implicações para a educação sexual. *Educação e Sociedade*. Campinas, 31(110), 135-156
- Munro, B.E., Selman, J., Esmail, S., & Ponzetti, J.J. Jr., (2007). Are We there Yet?: Using Theatre in Sexual Education: A Combinationaion of Academic and Theatre Groups. *International Journal of Diversity in Organisations, Communities*. 7(3), 131-138.
- Silva, I.V. (2006). *Educação para os Valores em Sexualidade: Um Estudo com Futuros Professores e Alunos do 9º Ano de Escolaridade*. Braga: Universidade do Minho. (Tese de Mestrado).
- Saavedra, R.M. (2010). *Prevenir antes de remediar: prevenção da violência nos relacionamentos íntimos juvenis*. Braga: Universidade do Minho. (Tese de Doutoramento em Psicologia, especialidade de psicologia da justiça).
- Salou (2012). *Abertura na arte contemporânea: Artmosphere*, consultado em 23 de Abril 2012, através de www.artsalou.wordpress.com/2012/02/17/abertura-na-arte-contemporanea
- Sanches, I (2005). Compreender, Agir, Mudar, Incluir: da investigação-ação à educação inclusiva. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 127-142
- Souza, P. (2009). O Mundo Diverso: Transversalidades da Arte na Sala de Aula. *18º Encontro da Associação Nacional de Pesquisadores em Artes Plásticas*. Bahia.
- Tommasi, S. M. (2007). *Arteterapia: Uma nova proposta curricular*. Palestra apresentada no X Seminário Internacional de Educação da FEVALE, RS. Consultada através do www.casajungearte.com.br
- Veríssimo, L., Carvalho, M., Guimarães, M., Silva, I., Aguiar, F., & Caetano, J.(2008). *Um Modelo de Educação Sexual pelos pares em Escolas Portuguesas*. *Contrapontos*, 8(3), 337-351.
- Vilar, D. (1999). *Falar disso... contributos para compreender a comunicação sobre sexualidade entre progenitores e adolescentes*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa. (Tese de Doutoramento).

O Projeto FREI(A) na dimensão das relações intra e interpessoais

Ana M. Sousa, Ilda M. Lima, & Sandra M. Gonçalves
Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde

O projeto de promoção e educação para a saúde – Projeto FREI(A) – emerge da parceria entre uma escola E.B. 2,3 e uma Escola Superior de Saúde (ESS) da região Norte, no triénio 2006-2009, no âmbito das Escolas Promotoras de Saúde e tendo a participação de adolescentes do 3º ciclo. O grupo Coordenador do Projeto era constituído por duas docentes da ESS e pela Coordenadora da Promoção da Educação para a Saúde (PES) da referida escola. Desenvolveu-se nas cinco turmas que frequentavam o 3º ciclo e as equipas que o operacionalizaram (subprojetos de turma) eram constituídas por duas docentes da ESS e a respetiva diretora de turma.

O projeto FREI(A) - Formação na Rota da Educação Integral do Adolescente – operacionalizou-se, maioritariamente, nas Áreas Curriculares não Disciplinares de Formação Cívica e Área de Projeto mas, também, em algumas das Áreas Curriculares Disciplinares que os Diretores de turma lecionavam (particularmente Língua Portuguesa), visando uma perspetiva transdisciplinar do mesmo, considerando as orientações do Programa Nacional de Saúde Escolar (2006). Desta prática de interação e de trabalho cooperativo, resultaram algumas das atividades a que faremos referencia, neste artigo.

Na avaliação diagnóstica, o grupo coordenador do projeto, recorreu a técnicas como o *brainstorming* e, posteriormente, à expressão escrita das inquietudes/preocupações dos/as adolescentes (análise feita por turma). Salienta-se que esta avaliação diagnóstica era, no início de cada ano letivo, atualizada em cada subprojeto de turma. No decurso do projeto recorreu-se a metodologias de investigação. Além disso, uma das docentes da ESS, no âmbito da sua dissertação de mestrado em Ciências da Educação, dedicou-se à avaliação do projeto FREI(A) (Gonçalves, 2011).

Das dimensões desenvolvidas salientam-se as relações intra e interpessoais - *eu na relação comigo próprio/eu na relação com o outro* - que emergiram das necessidades expressas pelos/as adolescentes aquando da avaliação diagnóstica feita pelas equipas do projeto e que representam histórias de vida, de desejos e de prazeres, mas também de medos e de infelicidades. Assim, na oportunidade de apresentação deste projeto, partilhamos algumas das experiências vivenciadas neste percurso suscetíveis de reflexão e que, no futuro, possam ser ponto de partida para outros projetos de Promoção e Educação para a Saúde (EpS).

Considerando o/a adolescente como *ator*, no seu meio social, procedemos à análise documental da avaliação anual do projeto (fichas dos subprojetos de turma) e dos materiais didáticos produzidos pelas/os adolescentes, ao longo deste percurso, nas diversas atividades desenvolvidas. Também, apresentaremos citações daqueles e de algumas expressões de elementos das equipas dos subprojetos de turma, codificados (preservando assim o anonimato) no sentido de divulgar os aspetos mais relevantes da intervenção neste contexto escolar.

Partindo da referência temática desenvolvida, de forma distinta, nos subprojetos de turma – *eu na relação comigo próprio/eu na relação com os outros* - a relação com o *Outro* foi o *foco* eleito nas várias atividades desenvolvidas, enfatizando-se os diversos espaços de identificação na relação com os seus *pares, a família, os professores, a escola, o ambiente, e a comunidade* (Fig. 1). Em cada um destes espaços relacionais, que deram origem às atividades desenvolvidas nos subprojetos de turma, integraram-se as áreas temáticas/problemáticas em articulação com a dualidade desenvolvimento-saúde.

Figura 1 Eu na relação comigo próprio/eu na relação com os outros



De seguida descrevemos as atividades desenvolvidas, nesta dimensão do projeto FREI(A) e que foram um contributo para a sua avaliação.

Na abordagem relacionada com o *espaço de relação consigo próprio* - *O Eu é uma parte de mim*, considerámos a fase inicial da adolescência como descrito nas teorias do desenvolvimento (Erikson, 1976; Campos 1990; Tavares & Alarcão, 1990; e Sprinthall, 1994). Constatamos, entre outras, instabilidade emocional e afetiva das/os adolescentes, a sua linguagem normalmente repudiada pela moral e as preocupações com o corpo em transformação. Neste particular, Tavares e Alarcão (1990) chamam de *adolescente físico* como forma de nos fazer entender como devemos estar atentos à influência que as transformações físicas provocam ao nível da sua personalidade e das relações sociais. Por esse motivo, nos anos letivos de 2006/2007 e 2007/2008, deu-se especial atenção às alterações que predominam nesta fase da adolescência tendo em conta que, em conjunto, adolescentes e equipas dos subprojetos de turma consideraram uma prioridade estes serem orientados relativamente a estas adaptações e a lidar com as preocupações causadas pelas mesmas.

Na atividade *vamos conhecer o corpo que somos* abordou-se o conhecimento do corpo a nível físico, anatómico, fisiológico, neuro-hormonal, psicológico, relacional e a identidade pessoal do adolescente. A dimensão da sexualidade foi, igualmente, desenvolvida no âmbito da essência do ser relacional e afetivo.

Com recurso ao visionamento de um filme - *Adolescência: o Corpo em Desenvolvimento*, alusivo às alterações físicas e psicológicas presentes na adolescência, promoveu-se o auto-conhecimento do corpo físico e mental da pessoa em desenvolvimento e, conseqüentemente, a autoestima, a autoimagem e o autoconceito. O filme, associado aos modelos anatómicos (aparelho reprodutor feminino e masculino disponibilizados pela ESS) e a discussão em plenário, foram algumas das estratégias utilizadas pelos subprojetos de turma que contribuíram para a consecução dos objetivos delineados para esta atividade, desenvolvendo interação inter-grupos.

A experiência de visualizar, escutar, tocar, como processo sensório-emocional e mental, possibilitou a percepção do corpo de si, das emoções e dos sentimentos e de tudo mais que o envolve. Da avaliação desta experiência destaca-se que os/as adolescentes consideraram que os formadores “explicaram bem, com à vontade, falaram abertamente sobre os assuntos, chamaram as coisas pelos nomes, respondendo a dúvidas e mantendo o interesse” (Av.T7^s), inferindo-se a importância da desconstrução de tabus na abordagem da saúde sexual e reprodutiva. O desenvolvimento das características psíquicas e comportamentais de si foi, igualmente, valorizado como nos dizem algumas/alguns adolescentes: “coisas que nem pela cabeça me passavam”; “conhecer melhor o meu corpo e aprender a ter calma” “as mudanças de pensar e de agir” (Av. T7^t). Salientamos que os assuntos relativos à promoção da saúde sexual e afetos eram, inicialmente, assuntos considerados tabús para os adolescentes e no seio das suas famílias, tal como ficou evidente nos resultados da avaliação do projeto (Gonçalves, 2011).

Sobre *o olhar do outro e a imagem corporal de si*, a par das transformações físicas do adolescente, um aspeto que nos parece emergente na sociedade e que maior pressão exerce sobre este é, sem dúvida, o conceito atual de *beleza física*. Na cultura ocidental os adolescentes sofrem as conseqüências perante as avaliações a que estão sujeitos socialmente, em relação ao seu *peso*. Estes *custos* refletem-se nos sentimentos negativos que as raparigas vivenciam quando o seu peso é superior à média (socialmente aceite), resultando numa autoimagem negativa de si. Entre os problemas que podem estar na causa da anorexia nervosa e da bulimia, no quadro das desordens alimentares neste período da adolescência, estão os problemas emocionais.

Os temas – *obesidade, anorexia, bulimia* - foram desenvolvidos com recurso à pesquisa bibliográfica, resultando na elaboração de diapositivos cuja análise e discussão, em sala de aula, conduziu ao questionamento da responsabilidade da direção da escola no âmbito da promoção da saúde e higiene alimentar. Esta atividade foi evocada pela diretora de turma e pelas/os adolescentes ouvidos, aquando da avaliação do projeto FREI(A), como tendo impacto nos seus atores (adolescentes e equipa do subprojeto de turma), na família (participação das mães na confeção das toalhas de mesa para a cantina), na escola (pelas mudanças operadas no espaço físico e ementa da cantina) (Gonçalves, 2011).

No que diz respeito à imagem corporal, os/as adolescentes manifestaram necessidade em trabalhar a vertente associada aos movimentos ideológicos de rutura com o *tradicional*, com o *clássico*, com o dito *normal*, acrescentando a excentricidade e a diferença (chocante aos olhos dos mais conservadores), marcada pela diversidade cultural que se impõe, cada vez mais, nas sociedades democráticas onde *piercings* e tatuagens são adereços frequentes. Alguns adolescentes aprofundaram esta temática realizando pesquisa bibliográfica; efetuaram entrevistas a professores, a assistentes operacionais da ação educativa e a profissionais de saúde; elaboraram filmes e cartazes elucidativos dos aspetos sócio e antroporeligiosos, vantagens, cuidados e riscos dos mesmos, tendo como ponto de partida a seguinte questão orientadora para esta atividade: “Hoje em dia os *piercings* e as tatuagens são usados por toda a população desde os jovens aos adultos, desde os *motards* a empresários, porquê?” (Av.T9^u).

No *espaço de identificação na relação com seus pares*, é no grupo que os adolescentes realizam a troca de experiências, a partilha de sentimentos comuns e de problemas idênticos sem a interferência dos adultos, permitindo adquirir valores e competências que orientam o seu comportamento. Tendo por base esta fase de desenvolvimento identitário do/a adolescente, uma das equipas no subprojeto de turma desenvolveu uma atividade intitulada *Vamo-nos conhecer melhor* onde os contextos de turma eram distintos. Nesta experiência presenciamos atitudes de rivalidade e exclusão embora pouco evidentes, de igual modo, em todas as turmas envolvidas no projeto.

No sentido de promover a descoberta do *outro* formaram-se pares e as/os adolescentes foram convidados a entrevistar a/o colega ficando a conhecer as suas características pessoais e a melhorar/ajustar o relacionamento interpessoal e o respeito pelas diferenças. Apercebemo-nos que, algumas/alguns (da mesma turma) raramente, até ao momento, se haviam comunicado/relacionado. Após a apresentação dos resultados da entrevista reconhecemos a importância desta atividade como nos é relatado na análise feita por um elemento de um subprojeto de turma: “todos os pares mostraram-se muito motivados a apresentar o seu amigo”, “verificou-se maior envolvimento entre os adolescentes e tornaram-se mais participativos” (Av.T7^v). Progressivamente, as/os adolescentes revelaram *cumplicidade* ao apresentar o seu par/amigo pelo nome completo, ficaram

mais próximos e fizeram amizades diferentes, aprenderam a trabalhar em par, a conhecer factos da vida dos colegas (que desconheciam) e, em quase todos, desenvolveram-se capacidades comunicacionais. As/os adolescentes surpreenderam-se ao conhecer “os momentos mais cómicos das suas vidas”, “detalhes da vida dos colegas”, “diferenças uns dos outros”, “defeitos e qualidades dos colegas”, “pensava que conhecia melhor os colegas” (Av.T7^ot).

Contudo, emergiram novos sentidos que foram motivo de reflexão para a equipa e que são representativos das preocupações, ainda atuais, dos adolescentes como: “alguns alunos não se lembram do seu melhor dia...”; “o meu sonho será um dia ser feliz e sair da prisão (adolescente institucionalizada)”, “gostava de ser mosca para não ter pai e mãe” (Av.T7^ov); “não tenho qualidades” (Av. T7^ot).

Sobre a questão *como me sinto na relação com os meus colegas e amigos na escola?* Identificamos um caso com repercussões no (in)sucesso escolar - “comecei a ter algumas complicações no meu relacionamento com algumas das minhas amigas o que não me facilitou nada a vida na escola. Só queria ficar em casa, não me apetecia tocar nos livros nem estar nas aulas, o que fez com que as minhas notas descessem muito” (Av.T9^ou).

Mas há quem se sinta bem com os colegas e amigos deixando, contudo, uma mensagem à escola: “(...) É com eles que conseguimos obter divertimento, emoções, alegria, ajuda nos estudos e, acima de tudo, partilha de sentimentos. Todavia penso que a escola que frequentamos, o local onde as emoções se vivem, poderia de certa forma ser melhor, talvez assim fizesse com que me sentisse ainda melhor com os meus amigos e colegas.” (Av.T7^ot).

Neste percurso, identificaram-se situações em que, as equipas dos subprojetos de turma, avaliaram a necessidade de intervenção/colaboração de uma equipa multiprofissional, nomeadamente das áreas da psicologia e social, uma vez que os adolescentes nos procuravam, no final das sessões, para colocarem questões de índole pessoal. Este aspeto levou-nos a reforçar a necessidade de criar, com urgência, o *Gabinete de Apoio ao Jovem (GAJ)*⁵, além de um maior investimento numa intervenção efetiva, transversal, sistemática e contínua no tempo.

Uma das preocupações que fomos identificando foi o facto de determinados adolescentes constituírem *grupos* fixos, demasiado intransigentes na abertura de amizade aos outros. Manifestavam tendência para rivalidades, bem nítidas, formando grupos de pertença e etiquetando os outros aos quais não pertenciam ou nunca pertenceriam. À semelhança de estudos realizados sobre o assunto (Peixoto, Martins, Pereira, Amaral, & Pedro, 2001), e não muito distante de outros estudos realizados em diversos países, deparamo-nos com ocorrência de *etiquetagem* individual, numa das turmas do projeto, destacando-se as seguintes: “macaca”, “bacalhau”, “pita parker”, “bola de banha”, “Los Santos”, “Fruit”, “estrábica com o Cu birado para o céu”, “abeck”, “pumba”, “bola 20”, “130”, “árvore de natal”, “4 olhos”, “judas”, “cigana”, “orelhas”, “capitania geox”, “prego”, “caracoleta gótica”, “Obelix”, “avestruz” (Av.T8^ox).

Preocupados com os comportamentos de risco dos adolescentes (absentismo escolar, uso de álcool, drogas, preocupações com ideação suicida e comportamentos delinquentes alguns relacionados direta ou indiretamente, com o facto de serem ou terem sido sujeitos a violência e/ou *bullying*), constatamos igualmente atribuições a determinados grupos: “os betos”, “os das passas”, “os fúteis”; “os falsos”, “os graxas”, “os baldas”, “as do lar”, “os da casa dos rapazes” (estas duas últimas instituições de acolhimento de crianças e jovens em risco), reforçando a necessidade de abordarmos a problemática - existe *bullying* na minha escola?

Considerando que *bullying* é toda a violência não apenas física, mas também todo o tipo de agressões e condutas verbais, desde os simples insultos a atitudes de piadas e gozo com o/a adolescente, o uso de alcunhas cruéis resultam em danos na autoestima por vezes irremediáveis. Reconhece-se que a escola é um dos contextos em que o *bullying* mais se faz sentir uma vez que se encontram, no mesmo espaço, muitos adolescentes tornando-se difícil para os adultos vigiar este tipo de comportamentos e intervir atempadamente.

Neste sentido, solicitámos que cada adolescente descrevesse alguma experiência por si vivenciada, ou com os outros, de agressão física ou verbal. Identificámos um caso de violência ao longo do percurso escolar, iniciada no infantário até ao momento e alguns casos de testemunho do sofrimento de colegas, humilhados, vítimas de *bullying*. Das suas narrativas salientamos possíveis riscos irreparáveis: “os alunos chegam a isolar-se, querem mudar e por vezes chegam a pensar em cometer loucuras”; “é um sentimento horrível ser gozado pelos outros”; obtivemos também um olhar sobre o agressor: “(...) eu penso que essas pessoas, que magoam os outros, só o fazem porque sofrem muito e não sabem lidar com isso. Embora isso não seja desculpa, devemos estar atentos para os seus problemas e ajudá-los/as” (Av.T8^ox), sentimento revelador da tentativa/preocupação em compreenderem o comportamento do agressor, relacionando-o com eventuais experiências negativas anteriores.

Enquadrado neste assunto, e para que não fossem identificados os estudantes, recorremos a narrativas de histórias de vida de adolescentes *acompanhados* por Sampaio (1995) e Strecht (1999) adaptadas a esta situação. Cada grupo de adolescentes, depois de analisar as narrativas apresentou uma síntese considerando os sentimentos identificados no autor e como este poderia ser ajudado. O resultado final contou com soluções de ajuda que evocam o reconhecimento dos *sentimentos*, do *sofrimento* e dos *valores* como o *respeito*, *solidariedade*, *a diferença*.

Na continuidade dos desenvolvimentos e em articulação com a área curricular não disciplinar de área de projeto⁶ trabalhou-se o tema *“a nossa escola pela não-violência: Prevenção da violência nas relações de namoro”* com o objetivo de sensibilizar os/as adolescentes para a necessidade de prevenir situações de violência nas relações de namoro, salientando as desigualdades de género. Realizaram-se fotografias e filmes com simulações/encenações de agressão física e psicológica, tendo como atores os próprios estudantes; elaboraram-se apresentações, fruto da revisão bibliográfica e uma sessão aberta com participação de

⁵ No ano letivo 2009/2010 inaugurou-se o Gabinete de Atendimento ao Jovem (GAJ) nesta escola, mantendo-se a parceria entre a escola EB 2,3 e a ESS-IPVC.

⁶ Sob candidatura ao concurso **“a nossa escola pela não-violência”** (iniciativa promovida pela Comissão para a Cidadania e a igualdade de Género, em colaboração com a DG de Inovação e Desenvolvimento Curricular, no âmbito da campanha nacional contra a violência Doméstica: Prevenção da violência nas relações de namoro)

uma pedopsiquiatra convidada. Em plenário reconheceram-se os direitos da mulher, as relações de amor e construção da relação afetiva *versus* violência psicológica e alguns comportamentos identificativos de violência da intimidade.

Com esta iniciativa procuramos *transformar consciências*, dotar os/as adolescentes de modos de pensamento que os capacitassem para um melhor conhecimento de si e de vivências partilhadas com o outro. De uma forma *contagante* a identificação dos assuntos ligados ao quotidiano permitiu-nos identificar determinados *valores*, cujos conceitos foram reconhecidos pelos/as adolescentes como a *amizade*, a *tolerância* e o *respeito* pelas pessoas com quem se relacionavam no ambiente escolar (professores, funcionários, pais, colegas), mas também pelos animais e pelo ambiente. A este respeito uma jovem comentou o seguinte: “quando dialogamos expressamos os nossos pensamentos, opiniões, a nossa visão do mundo, aquilo que cremos ser verdade. No entanto, visto as nossas *verdades* serem diferentes das dos outros, estas são apenas parciais. Comunicando, transmitimos a nossa realidade e assimilamos a dos outros. Todas estas realidades juntas formam uma, coesa, a verdadeira realidade” (Av.T8^x).

O ambiente escolar, ao acolher o adolescente, constitui-se como um espaço fundamental para o seu desenvolvimento e acrescenta os aspetos institucionais aos da família (Sampaio, 1987 e Lima, 2003). O clima escolar deve fazer sentir o afeto necessário ao êxito dos alunos e, isso só será conseguido através de um permanente sinergismo funcional de professores, alunos e pais. Ao desenvolvermos a temática relacionada com o *espaço de identificação na relação com a família* na atividade *Vou conhecer melhor a minha família*, as equipas do projeto tiveram em consideração a existência de famílias com características funcionais diferentes, adolescentes institucionalizados, analisando previamente os elementos de caracterização individual e familiar dos alunos de cada turma.

Nesta subdimensão do projeto, as atividades foram diversificadas nas turmas como a encenação, elaboração da árvore genealógica e registo biográfico. Em duas das turmas, recorrendo à utilização livre de materiais para apresentação da sua família, alguns construíram a *árvore genealógica*, outros o *registo biográfico*, em ambas foi visível o empenho e o envolvimento da família. Desta atividade resultaram trabalhos criativos, recorrendo a fotografias da família, realizaram cartazes e portfólios representando o ciclo de vida da família. Pelo discurso dos adolescentes, percebemos que, através desta atividade, viveram-se momentos agradáveis em família, salientando-se a dimensão afetiva, de lazer e de prazer (Gonçalves, 2011).

No decurso desta atividade fizeram-se algumas descobertas físicas e de personalidade: “semelhanças/parecenças/mudanças físicas com os pais, tios e outros familiares com a mesma idade”; “determinadas características de personalidade que reconhecem em familiares e que também possuem: Ser tímido ou introvertido” (Av.T7^t).

Relativamente ao *espaço de identificação com os seus professores*, apesar da preparação académica, perante algumas situações vivenciadas, a equipa de profissionais de educação/saúde deparou-se com algumas dificuldades, nomeadamente em lidar, em *situação real*, com alguns comportamentos dos adolescentes, destacando desabafos das equipas dos subprojetos de turma: “situações de distração, perturbação nas sessões ou simplesmente *ausência*; situações de uso de palavras; uso de telemóvel em contexto de sala de aula; *alheados* com os MP3/MP4, balbuciando excertos das músicas que estavam a ouvir, ou baloiçando o corpo entrando *na onda*, de computador aberto e rapidamente quatro ou cinco se dispersam e entram na *risota*” (Av.T8^z). O constrangimento/desalento instalou-se, muitas vezes, nas equipas e nem sempre foi fácil lidar com este *tipo* de comportamento, apesar da negociação do denominado *contrato pedagógico* sistematicamente evocado. Tomamos consciência do valor e do difícil papel dos professores/as do 2.º e 3.º ciclo, respetivamente.

Neste âmbito refletiu-se, em plenário, sobre a indisciplina na sala de aula, através de um acontecimento tornado público pela comunicação social numa escola da Região Norte. Em diário de bordo de um elemento, de um subprojeto de turma, pode ler-se: “houve uma constante necessidade de reflexão sobre o contrato pedagógico e a pertinência de o fazer cumprir, ficando acordado que diariamente um aluno seria moderador da turma envolvendo os colegas e estimulando o trabalho de grupo” (Av.T7^v). Estrategicamente, os adolescentes que desestabilizavam a turma, lideraram este processo verificando-se, na prática como eficaz, uma vez que promoveu a responsabilidade e a autonomia dos mesmos. Foi notório o desenvolvimento cognitivo e afetivo dos/as adolescentes, colocando-os numa relação com os elementos das equipas diferente, com maior à vontade, abertura, intimidade, pensamento crítico: Um novo olhar sobre a atitude dos adultos surgiu.

O projeto serviu, também, como processo de *gestão de tensões* de modo a se criar um ambiente favorecedor que lhes permitisse superá-las, assim como gerir emoções. Os adolescentes foram estimulados a expressar os seus sentimentos, os “medos, foram partilhados, escutados e aliviados com exercícios de relaxamento físico e de respiração” (Av.T8^x) e audição de músicas selecionadas em conjunto (equipas dos subprojetos e adolescentes) (Av.T8^z). Posteriormente, em plenário, foram analisadas/discutidas as sensações e emoções percebidas/partilhadas e interpretadas as letras das músicas em articulação com áreas curriculares disciplinares como a língua portuguesa no sentido da transversalidade do projeto.

Ainda no espaço de identificação com os professores, algumas/alguns adolescentes questionaram a coerência no discurso dos primeiros: “acusam-nos/as de levarem uma vida sedentária, sem exercício físico, com risco de obesidade e, por outro, sobrecarregam-nos com *TPC*'s que não permitem espaço de lazer e/ou de atividades extra-escolares” (Av.T8^z). Muitos afirmaram que tiveram que abdicar da natação, do voleibol, da música. Assim, algumas preocupações que se fizeram sentir no final do 8.º ano, estavam diretamente relacionadas com as atividades escolares como descreve este/a jovem: “os professores marcam testes muito em cima uns dos outros, esquecendo que os alunos têm várias disciplinas e que se sentem sobrecarregados de testes ou trabalhos, sentindo dificuldade em obter tempos livres” (Av.T8^x); outras relativas aos aspetos relacionais: “alguns professores não se dirigem ao aluno de forma correcta, fazendo-o num tom agressivo, eventualmente por algum problema no exterior ou, simplesmente, por má disposição” (Av.T8^z).

No *espaço de identificação com a sua escola* surgiram, por várias vezes, preocupações dos professores/as pelo facto de os/as adolescentes não fazerem as suas refeições na cantina da escola, mas sim, no seu espaço exterior e de forma inadequada. No levantamento realizado das suas preocupações, as/os adolescentes justificam este facto pela escola não apresentar um

atendimento e serviço alimentar atrativo, acrescentando alguns aspetos menos positivos no que se refere à higiene e à segurança alimentar.

Neste âmbito discutiu-se, em plenário, o seu papel como cidadãos e a sua participação como atores principais, agentes de mudança no ambiente escolar. Decidiram, sensibilizar os responsáveis pela educação em meio escolar enviando uma exposição aos Conselho Executivo e Pedagógico, às Associações de Pais e de Estudantes, manifestando preocupação sobre a *Saúde alimentar em ambiente escolar*, disponibilizando esforços para que *esta se torne numa escola melhor (...) mudar a opinião dos alunos de forma a agradá-los*. Na sequência desta atividade verificaram-se mudanças significativas no bar e cantina da escola, destacando-se nos resultados da avaliação do projeto (Gonçalves, 2011).

No final do ano letivo 2008/2009 (último ano do projeto), a escola abriu as portas à comunidade e, integrado na semana da saúde, desenvolveu um encontro (*Con)vida para a saúde* onde foram divulgados todos os temas/assuntos/áreas problema trabalhados no triénio do projeto, de que são exemplo a promoção da saúde e segurança alimentar em meio escolar, violência no namoro, *piercings* e tatuagens, (des)igualdades de oportunidades, simulação de situações de urgência, primeiros socorros, a saúde sexual e reprodutiva e ainda, trabalhos relacionados com o temas da alimentação, entre outros. Esta experiência envolveu todos os/as adolescentes participantes no projeto valorizando as potencialidades individuais, motivações e foi, também, uma das atividades destacadas pelos adolescentes na avaliação do projeto uma vez que participaram ativamente, no mesmo, percecionando autonomia e responsabilidade. A *originalidade, criatividade, prazer, espírito de equipa, satisfação* foram algumas das expressões evocadas na sua avaliação (Gonçalves, 2011).

O espaço de identificação com o ambiente foi uma das subdimensões desenvolvidas no início do projeto (turmas dos 7^o anos) através de uma caminhada a Santa Luzia considerada, por todos (adolescentes, professores e equipas do projeto), como uma excelente iniciativa pela oportunidade de partilha e manifestações de afeto.

No contexto da *educação ambiental* e da *educação para a cidadania*, foi incluída uma visita ao Centro de Interpretação e Educação Ambiental da área protegida de “Corno de Bico” (Paredes de Coura). Esta visita, de dois dias, foi favorável ao desenvolvimento dos adolescentes enquanto estudantes, pessoas e cidadãos capazes de analisar criticamente as informações e situações do seu quotidiano através das vivências facultadas, entre as quais experienciar as tradições e costumes (Av.T8^ox e T8^oz).

No **espaço de identificação com a comunidade**, mais uma vez foi possível a interação e o trabalho cooperativo entre docentes com o *Projeto escola alerta e*, considerando os interesses e necessidades dos estudantes, partiu-se da atividade planeada nas áreas curriculares não disciplinares de Área de Projeto centrado na temática *(des)igualdades de oportunidades*. No relatório relativo à atividade *Um olhar diferente ao alcance de todos*, um dos responsáveis salienta que os/as adolescentes construíram um acervo de materiais que ilustrava as capacidades destas pessoas, os seus sonhos, as suas vontades e potencialidades, as suas fragilidades, muitas vezes provocadas pelas barreiras que encontravam ao longo da vida.

Relativamente às barreiras arquitetónicas as atividades foram diversificadas: Realização de uma *apresentação* sustentada numa entrevista a um cidadão portador de deficiência convidado; elaboração de um desdobrável para sensibilização da população sobre a temática; montagem de fotografias sobre as barreiras identificadas; filme dedicado a uma pessoa portadora de incapacidade física; construção de uma maquete com uma passagem sem barreiras e respetivo relatório e, ainda, um esboço de um parque infantil adaptado para crianças portadoras de deficiência. No relatório desta atividade pode ler-se “não só por implicarem uma discriminação social, devido à dependência de outrem mas, também pelo facto de afetarem muitas pessoas, não sendo a(s) nossa(s) Escola(s) uma exceção, o trabalho concluído procura mostrar outras barreiras como as sociais e comunicacionais” (Relatório de um grupo de estudantes - Av.T9^ou).

Neste âmbito, realizaram também uma visita programada à Escola Superior de Saúde parceira no projeto. No relatório elaborado as/os adolescentes refletem sobre os assuntos que os ajudaram no desenvolvimento dos trabalhos relativos a este tema mas, também destacam que, durante a visita simularam uma situação que elucida dificuldades sentidas por pessoa portadora de incapacidade a nível motor: “um colega da turma prontificou-se a visitar a escola sentado numa cadeira de rodas para poder sentir e ver tudo na perspetiva da pessoa [portadora de incapacidade motora]...” (Grupo de trabalho, Av.T9^ou) e identificaram uma barreira arquitetónica quando tiveram que aceder a outro piso. Ainda durante esta visita, assistiram à simulação de uma situação de emergência e aos cuidados na assistência a um acidentado, em resposta aos interesses de um grupo de colegas de turma que se encontrava a trabalhar a temática *(Des)Igualdades numa situação de emergência*. Na análise desta experiência comentaram “neste momento percebemos o quanto é difícil ser-se incapacitado e o quanto devemos lutar por criar igualdade de oportunidades para todos” (Grupo de trabalho, Av.T9^ou).

Por último, visualizaram um filme onde dois bailarinos, com deficiência motora, exibiam um bailado clássico, e o facto que mais os sensibilizou foi a deficiência “não os impedir de concretizarem o sonho da dança, tal como não deve acabar o sonho de muitos deficientes motores a quem só é preciso dar uma oportunidade” (Av.T9^ou).

No desenvolvimento desta(s) atividade(s) os/as adolescentes apresentaram propostas de soluções para as situações onde foram identificadas barreiras: Praças, passadeira de ruas e de caminhos-de-ferro, escadarias em prédios residenciais, escolas, edifícios públicos, parques infantis e deixaram a mensagem “*Nem sempre o céu é limite quando a vontade é do outro mundo*” (Av.T9^ou). Desta forma, mostraram ser capazes de desempenhar um papel proativo como cidadãos, com sentido ético, moral e cívico na luta contra o preconceito, a intolerância e a discriminação geradores de desigualdade de oportunidades.

Partindo da breve exposição das atividades desenvolvidas no projeto FREI(A), na dimensão do ***Eu na relação consigo próprio e com os outros***, constatamos que: Foi um espaço de intervenção dinâmico, impulsionador de transformações das relações sociais dissipando a dicotomia mundo externo/interno da escola; os modelos de intervenção adotados, neste domínio das relações intra e interpessoais, valorizaram a expressão dos sentimentos e do pensamento crítico como um processo de auto e heteroconhecimento favoráveis à (trans)formação de si, ao desenvolvimento pessoal, bem-estar e à saúde do/a adolescente; permitiu desenvolver competências para lidar com situações quotidianas estrategicamente ajustadas ao estádio de

desenvolvimento do/a adolescente; entrar no mundo do/a adolescente foi igualmente uma oportunidade de crescimento da escola e das equipas dos subprojetos de turma, como educadores e profissionais de saúde e, também, como pais.

Em síntese, o projeto FREI(A) foi promotor de relações interpessoais saudáveis onde houve espaço para a solidariedade, a partilha de experiências entre pares, saberes construídos na prática, reflexões e sentimentos que fizeram parte de um variadíssimo leque de fatores concorrentes para a motivação, bem-estar e, inclusive, superação de algum *surto de frustração*, de isolamento ou de impotência, que por vezes nos assolou.

Todavia, temos a realçar a oportunidade de vivenciar este processo que contribuiu para o desenvolvimento de todos os atores e indicou novos caminhos a trilhar.

Bibliografia

- Barbier, J.M. (1993). *Elaboração de Projetos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora.
- Boutinet, J.P. (1996). *Antropologia do Projeto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Campos, B. (1990). *Psicologia do desenvolvimento e Educação de Jovens*. Universidade Aberta.
- Cano, M., Ferriani, M., & Gomes, R. (2000). Sexualidade na Adolescência: um estudo bibliográfico. *Revista latino-americano*.8(2), 18-24.
- Cortesão, L., Silva, M., & Torres, M. (2005). *Educação para uma Sexualidade Humanizada: guia para pais e professores*. Porto: Edições Afrontamento.
- Deslandes, R., & Potvin, P. (1998). Les comportements des parents et les aspirations scolaires des adolescents. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 2(1).
- Direcção-Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006/2010*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- Erikson, E. (1976). *Infância e Sociedade*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Gonçalves, S. (2011). *Projeto FREI(A) – Formação na Rota da Educação Integral do Adolescente: Contributo à avaliação de um projeto de Educação para a Saúde*. Braga: Universidade do Minho (Dissertação de Mestrado).
- Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projeto*. Loures: Lusociência.
- Huggins-Cooper, L. (2006). *Educar Adolescentes*. Porto: Porto Editora.
- Leal, A., & Knauth, D. (2006). A relação sexual como uma técnica corporal: representações masculinas dos relacionamentos afetivos-sociais. *Cad. Saúde Pública*, 22(7), 1375-1384.
- León, B., & Reyes. (2001). La adolescência. *Acta pediátrica de México*. 22(4),288-291.
- Lima, I. (2003). *O corpo (in)visível em contexto escolar: impacto na construção da identidade corporal na adolescência*. Porto: Universidade do Porto. (Tese de Mestrado).
- Lutte, G. (1991). *Liberar la Adolescencia: la psicología de los jóvenes de hoy*. Barcelona: Editorial Herder.
- Ministério da Educação. Despacho nº19308/2008 de 21 de Julho. Atividades a desenvolver nas Áreas Curriculares não disciplinares. D.R., 2ª série, nº139.
- Ministério da Educação. Despacho nº2506/2007 de 20 de Fevereiro. Designação do Coordenador de Educação para a Saúde. D.R., 2ª série, nº36.
- Peixoto, F., Martins, M.A., Pereira, M., Amaral, V., & Pedro, I. (2001). Os grupos de adolescentes na escola: perceções intra e intergrupais. *Psicologia Teoria Investigação e Prática*, 6 (1). Braga: Universidade do Minho.
- Pereira, M., & Freitas, F. (2001). *Educação Sexual: contextos de sexualidade e adolescência*. Porto: Edições ASA.
- Pinto, F.C (1996). *A formação humana no projeto da humanidade*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Prazeres, V. (1998). *Saúde dos Adolescentes: princípios orientadores*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- Prazeres, V. (2003). *Saúde Juvenil no masculino: género e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- Ribeiro, J. S. (2003). Brincar de ousadia: sexualidade e socialização infanto-juvenil no universo de classes populares. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 345-353.
- Sampaio, D. (1995). *Vozes e Ruídos: diálogos com adolescentes*. 5ª edição. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, M. M. (1987). *Escola e Educação Sexual*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Santi, P., & González, I. (2002). La crisis normativa de la adolescencia y su repercusión familiar. *Revista Cubana Medicina General Integral (online)*, 18(5), 313-316.
- Santos, A. C., Ogando, C., & Camacho, H. (2001). *Adolescendo, educação da sexualidade na escola: da teoria à prática*. Lisboa: Didáctica Editora.
- Sprinthall, N. et al, (1994). *Psicologia do Adolescente: uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste de Gulbenkian.
- Strecht, P. (1999). *Preciso de Ti: perturbações psicossociais em crianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Tavares, J. e Alarcão, I. (1990). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina
- Vilaça, M.T. (2006). *Acção e Competência de Acção em Educação Sexual: uma investigação com professores e alunos do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário*. Braga: Universidade do Minho (Tese de Doutoramento).
- Young, R. A. (1983). Career Development of Adolescents: an ecological perspective. *Journal of Youth and Adolescence*. 12(5), 401-417.

Perceção dos pais sobre a implementação de um programa de educação sexual escolar

Jorge M. Ribeiro¹ & Luisa R. Santos²

¹ Agrupamento de Escolas de Arga e Lima

² Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde

“É inquestionável a importância da família na educação sexual (ES) das crianças e dos jovens”

(ME, MS, APF, & CAN, 2000, p. 49).

A sexualidade humana é algo que está intrinsecamente ligado à mãe, ao pai, à família e aos afetos (Pintor, 2005). Aliás, é no ambiente familiar que se concretizam as primeiras relações educativas e sociais que influenciarão as dimensões afetiva, amorosa e sexual dos jovens (Costa, 2006). Contudo, e embora a família seja o principal núcleo para a educação dos seus membros, parece ser verdade que os jovens não a procuram muito para o esclarecimento sobre os diferentes aspetos da sexualidade (Ramalho, 2008). Assim, o papel da família na educação sexual (ES) implícita dos jovens poderá ser mais ou menos ativo, dependendo da forma como consegue superar algumas das suas dificuldades, como o não se sentir confortável ao abordar as questões da sexualidade, o pensar que os filhos já possuem todo o conhecimento acerca do tema, o receio de estar a incentivar comportamentos sexuais e a sua experimentação, bem como o receio do confronto de valores (Alves, 2010). Por outro lado, às relutâncias e aos embaraços dos progenitores correspondem, também, as dificuldades e resistências dos próprios adolescentes que, muitas vezes, evitam abordar estes temas por receio de críticas ou outro tipo de intrusões na sua intimidade (Vilar, 2005).

É neste contexto que parece ser necessária a participação de outro(s) agente(s) de ES, que procure(m) responder aos interesses e necessidades dos jovens. Como consequência, a escola surge como parceiro indispensável na implementação de programas de ES, e são várias as razões para tal: É a instituição mais frequentada pela maioria dos jovens (Kirby, Laris, & Rolleri, 2006; Kirby, Obasi, & Laris, 2006; UNESCO, 2009); os jovens frequentam-na antes e depois de se iniciarem sexualmente (Kirby, 2002; UNESCO, 2009); e procura promover a aquisição de conhecimentos e competências (Kirby, Laris, et al., 2006).

Por tudo o que já foi descrito, a articulação entre a escola e a família é amplamente defendida e justificada no âmbito da ES, uma vez que estes dois agentes se complementam no processo educativo (Pombo, 2011). Os estudos realizados em Portugal fundamentam esta posição. Assim, os professores e encarregados de educação (EE) inquiridos por Pombo (2011) estão de acordo em afirmar que a ES nas escolas irá contribuir para uma vivência mais informada e responsável da sexualidade. Também na investigação desenvolvida por Belo (2012) os professores afirmam que a ES é necessária nas escolas, com o intuito de substituir ou complementar a formação dada pelos EE. Nesse processo, os professores devem considerar o papel dos EE, informando-os das atividades que vão ser desenvolvidas ao longo do ano letivo.

Também a *World Health Organization* (WHO, 2010b) sugere a cooperação da escola com os EE, não só para lhes assegurar o apoio necessário, mas também para garantir a necessária coerência entre a ES informal dos pais e a formal da escola. Esta cooperação está, inclusivamente, assegurada em Portugal, através da lei 60/2009, que proporciona um papel ativo na prossecução e concretização das finalidades dos projetos de ES na turma por parte dos EE, estudantes e respetivas estruturas representativas.

Parece-nos importante realçar que são os próprios alunos que pretendem o envolvimento dos seus EE nos programas de ES, como foi constatado por Vieira (2009), onde 56% dos alunos entendiam que os EE deveriam ser ouvidos na escolha dos assuntos a tratar em ES.

Contudo, o estabelecimento da cooperação entre a família e a escola está também sujeita a barreiras. Estudos realizados em Portugal descrevem que os professores referem-se, com frequência, aos EE como um dos principais obstáculos à implementação da ES na escola (Anastácio, 2009; Belo, 2012; Caridade, 2008) e, por outro lado, os EE parecem revelar dúvidas relativamente à formação / informação (Caridade, 2008; Pombo, 2011), e à capacidade de cooperação (Caridade, 2008) dos professores para abordarem estas temáticas.

Assim, parece-nos importante conhecer a posição dos EE face à ES na escola, conhecer os temas e as metodologias que mais gostariam que fossem implementadas, e verificar o impacto de um programa de ES na escola nos itens anteriores.

Metodologia

Esta investigação está enquadrada numa mais alargada que teve como objetivos conceber, implementar e avaliar um programa de educação sexual na escola (PESE) que respeite as indicações da legislação do Ministério da Educação (ME), as orientações da literatura, e os interesses e as necessidades dos sujeitos, e ainda avaliar o impacto do mesmo nas atitudes sexuais e no conhecimento sobre sexualidade em adolescentes de uma escola básica e secundária do Alto Minho.

Amostra

A amostra é constituída por 70 sujeitos, correspondendo à totalidade dos EE dos alunos que frequentavam três turmas do sétimo ano de escolaridade do ensino básico. Contudo, e apesar das diversas estratégias implementadas, apenas participaram 52. Destes, apenas 41 preencheram o questionário de caracterização. Assim, 37% dos EE eram do sexo masculino e os restantes do sexo feminino, 70% têm mais de 40 anos e, mais de 50% apenas frequentaram o primeiro ou o segundo ciclo de ensino básico (CEB).

A escola onde decorreu esta investigação está localizada no Alto Minho, e insere-se num meio predominantemente rural.

Momento de recolha dos dados

Os dados foram recolhidos, através da aplicação de questionário, em dois momentos. O primeiro momento foi anterior à implementação do PESE, e ocorreu numa reunião agendada especificamente com este objetivo. Na qual estiveram presentes 13% dos EE. De forma a aumentar a participação dos mesmos, foram enviados questionários para preencherem em casa, tendo-se obtido 58% de respostas totais. Assim, a nossa amostra ficou constituída por 43 EE, que correspondia a 71% do total. O segundo momento ocorreu logo após a implementação do PESE (tendo coincidido com a reunião de entrega das avaliações do segundo período) e participaram no mesmo 20% dos EE.

Programa de Educação Sexual Escolar

O PESE implementado estava organizado em oito sessões de noventa minutos, o que perfazia um total de doze horas, correspondendo à duração mínima proposta pela lei 60/2009. Os temas que foram propostos aos educandos estavam de acordo a legislação, portaria 196-A/2010, tendo estes procedido à escolha de dois deles. Este programa prolongou-se por cinco semanas, e participaram nele seis professores. Foram implementadas metodologias ativas e participativas nas sessões, e a receptividade dos educandos às mesmas foi muito positiva. Foram ainda propostas, em seis das oito sessões deste programa, atividades para os EE realizarem com os seus educandos em casa.

Instrumentos

Os instrumentos aplicados neste estudo correspondiam a dois questionários. Um deles foi aplicado no primeiro momento de recolha de dados, tendo sido preenchido no início da primeira reunião, e, para os EE que não estiveram presentes, foi preenchido em casa; o outro questionário foi preenchido no segundo momento de recolha de dados. Entre estes dois questionários havia duas questões comuns: *É a favor da ES na escola?*, *Concorda com a participação de profissionais externos à família e a escola (médicos, psicólogos, enfermeiros, ...)?*, bem como uma zona de preenchimento que pretendia emparelhar o primeiro e o segundo questionários, através de um código numérico atribuído pelo próprio EE e só do seu conhecimento.

O primeiro questionário continha uma primeira parte relativa à caracterização do sujeito; além disso tinha uma segunda parte que questionava: *Que temas acha que deviam ser abordados na ES na escola?* e *Que sugestões daria para a implementação deste projeto?*. Por outro lado, o segundo questionário tinha como questões específicas: *Concorda com os temas abordados na intervenção?*, *Concorda com a forma como os temas foram abordados na intervenção?* e, *Participou com os seus educandos nas tarefas propostas pela escola nesta intervenção?*.

Apresentação e discussão dos resultados

Constatamos uma reduzida participação dos EE nos dois momentos de recolha de dados. Contudo, foram diversas as metodologias empregues para promover uma maior participação dos mesmos, a saber uma reunião agendada, propositadamente para este efeito (em horário pós laboral e numa sexta-feira); o preenchimento do questionário em casa; e fazer coincidir com a reunião de avaliação do segundo período.

Quando comparamos esta participação com a verificada no estudo de Pintor (2005), onde 75% de uma amostra de 27 EE estiveram presentes, verificamos que é bastante inferior. A estratégia implementada por esta autora foi a mesma que empregamos na primeira reunião. Contudo poderão ser avançadas algumas justificações para a discrepância destes resultados: No nosso estudo, a primeira reunião destinava-se aos EE das três turmas, e no de Pintor (2005) realizaram-se duas reuniões, uma para cada turma; os EE no nosso estudo tinham educandos que frequentavam o terceiro CEB, enquanto os de Pintor (2005) frequentavam o primeiro.

Constatamos que no nosso estudo um elevado número de EE é favorável à implementação da ES na escola, quer antes da implementação do PESE, 95%, quer após a implementação do mesmo, 83%. Quando consideramos o valor médio destes dois

momentos, ele enquadra-se noutros descritos na literatura, como os 96% de Pintor (2005) e os 90% de Quintal (2012), e mesmo quando consideramos a posição dos EE descritas pela percepção pelos seus educandos (Vieira, 2009), com 86%.

Como havia uma grande diferença na amostra entre o primeiro e o segundo momento, 43 vs 12 sujeitos, e apenas três deles participaram nas duas reuniões, não consideramos que a alteração na expressão da concordância com implementação da ES em meio escolar fosse imputada ao impacto do PESE.

Se considerarmos que os resultados da segunda reunião são o reflexo de uma avaliação positiva do impacto do PESE, os nossos resultados são ainda mais positivos do que os obtidos no estudo de Pombo (2011), em que 64% dos EE concordavam que a ES na escola contribuía para uma vivência mais informada e responsável da sexualidade juvenil, e também no estudo de Quintal (2012), onde 51% dos EE avaliaram a qualidade dos PESE como, pelo menos, razoável. Também os EE que participaram no estudo de Pintor (2005) concordavam em que os seus educandos tinham beneficiado com as aulas de ES.

Verificamos também que, 65% no primeiro momento de avaliação e 58% no segundo, dos EE eram favoráveis à participação de profissionais externos num PESE. Esta participação está contemplada na lei 60/2009 que prevê o acompanhamento de profissionais das unidades de saúde e da respetiva comunidade local.

Estes resultados são similares aos verificados no estudo de Caridade (2008), onde 58% dos EE consideram que a escola deve ter a colaboração de outras instituições ou especialistas. Por outro lado, e no estudo de Pombo (2011), os EE propõem um enquadramento diferente para estes profissionais, porque 64% deles afirmam que o PESE deveria se abordado por outros técnicos e não pelos professores.

Os temas propostos mais escolhidos pelos EE foram os *métodos contraceptivos* (37%), as *IST* (26%), os *afetos* (14%), a *idade de início das relações sexuais* (12%), a *adolescência* (9%), a *gravidez* (7%), a *sexualidade* (7%), a *idade de início de namoro* (2%), a *ética do relacionamento humano* (2%), a *higiene* (2%), o *amor* (2%), a *sensibilidade: paixão e proteção* (2%) e os *comportamentos sociais* (2%).

Outros estudos procuraram, também, averiguar os temas que os EE mais gostariam que fossem abordados nos PESE. Assim, no estudo de Pombo (2011) e para 22 EE de uma turma do segundo CEB, os temas mais escolhidos foram as *DTS* (86%), os *métodos contraceptivos* (68%), a *SIDA* (60%), a *gravidez precoce* (55%), a *reprodução* (55%); no estudo de Caridade (2008) e para 12 EE de alunos do segundo e terceiro CEB, os temas mais escolhidos foram as *ISTs*, *meios de transmissão/prevenção* (58%), as *relações interpessoais* (50%), a *morfofisiologia do sistema reprodutor* (42%), a *atração física* (42%), a *reprodução e desenvolvimento intra-uterino* (33%), a *gravidez na adolescência* (33%) e os *métodos contraceptivos* (25%). No estudo de Quintal (2002) foi solicitado aos 222 EE, cujos educandos frequentavam desde o Jardim-de-Infância ao Ensino Secundário, que atribuissem o grau de importância, de um (correspondente a *não importante*) a cinco (*extremamente importante*), a tópicos que deveriam estar integrados no currículo de ES. Os tópicos a que foram atribuídos graus de importância mais elevados foram as *IST* (média 4,59), o *abuso sexual e prevenção de aproximações abusivas* (média 4,48) e a *contraceção e práticas sexuais seguras* (média 4,44).

Após a análise destes estudos, podemos verificar que os nossos EE propuseram poucos temas a abordar, que os temas mais frequentemente propostos por eles coincidem com os selecionados por EE participantes noutros estudos, e ainda que esses temas parecem estar enquadrados numa visão da sexualidade muito orientada para os riscos.

A reduzida proposta de temas, por parte dos EE do presente estudo, poderá dever-se à metodologia utilizada. No estudo de Caridade (2008) foi empregue a entrevista semi-estruturada, o que poderá ter pressionado os sujeitos a propor temas; no estudo de Quintal (2012) foi aplicado um questionário de autopreenchimento (à semelhança do que aqui se apresenta), no entanto, os temas eram sugeridos, tendo o EE apenas que os assinalar. Pudemos também constatar alguma uniformidade nos temas propostos pelos EE nos vários estudos e, se considerarmos que essa maior escolha corresponde à atribuição de maior importância aos mesmos, então pudemos afirmar que as *infecções sexualmente transmissíveis* e os *métodos contraceptivos* são os mais importantes. Desta forma, os resultados obtidos parecem reforçar que persiste, nos EE, a percepção de que a abordagem da sexualidade restringe-se, exclusivamente, às práticas sexuais e aos métodos contraceptivos (Costa, 2006). Esta escolha de temas parece remeter para uma visão da sexualidade muito restrita, quando comparada com a proposta pela WHO (2010a): “É um aspeto central do ser humano a longo da vida, que engloba o sexo, a identidade e o papel de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. A sexualidade é experienciada e expressa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. ... A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais” (p. 10). Esta mesma organização realça, num documento desenvolvido para definir padrões para a abordagem da ES no espaço europeu, que uma ES focalizada nos riscos potenciais da sexualidade, como as *IST* e a *gravidez na adolescência*, assusta as crianças e jovens e não responde às suas necessidades de informação e competências (WHO, 2010b). As abordagens mais restritas na ES proporcionam, segundo Lopez (2009), conhecimentos muito limitados aos jovens, e condicionam a promoção de atitudes positivas face às diferentes dimensões da sexualidade.

Parece assim evidenciar-se, a partir dos dados referidos, alguma incoerência entre as perspetivas mais restritas, por parte dos EE, e as mais abrangentes, propostas pela literatura e por organizações internacionais, para a abordagem da ES nas escolas.

Foram também propostas pelos EE algumas sugestões para a implementação do PESE. As mais frequentes foram a *cooperação com parceiros externos* (16%), o *falar com sinceridade e esclarecer dúvidas* (9%), a *realização de palestras* (7%), o *acompanhamento por outros professores da mesma escola* (5%), o *acompanhamento por parte da família* (5%) e a *participação em jogos* (5%). Podemos assim verificar que os EE apresentaram poucas sugestões e estas eram relativas a temáticas muito díspares. Contudo, foi reforçada a posição dos mesmos face à importância atribuída à participação de profissionais externos.

Iremos analisar, de seguida, a avaliação dos EE face aos temas e às estratégias como foram abordados. Assim, os temas neste PESE foram definidos pelos educandos, e tendo como base os propostos para o seu ciclo de ensino pela portaria 196-A/2010. Os temas escolhidos foram: *Compreensão da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no*

contexto de um projeto de vida que integre valores (eg. afetos, ternura, crescimento e maturidade emocional, capacidade de lidar com frustrações, compromissos, abstinência voluntária) e uma dimensão ética; Conhecimento das taxas e tendências de maternidade e da paternidade na adolescência e compreensão do respetivo significado; Conhecimento das taxas e tendências da interrupção voluntária da gravidez, suas sequelas e respetivo significado; Compreensão da noção de parentalidade no quadro de uma saúde sexual e reprodutiva saudável e responsável. Os subtemas foram também escolhidos com os educandos (para o primeiro tema e por sessão): *O que é a sexualidade; As emoções e os sentimentos; Amor; Sentimentos, opiniões e decisões; e Críticas e elogios*. Os subtemas escolhidos para o segundo tema e por sessão foram: *A sexualidade na adolescência; Contraceção e Maternidade / Paternidade*.

Os dados por nós obtidos parecem demonstrar uma elevada concordância com os temas abordados por parte dos EE, porque os valores da mesma variaram entre 80% e 100%, com um valor médio de 95%. Alguns dos testemunhos reforçam estes resultados, a saber *um desenvolvimento sexual acompanhado é muito útil para o aluno*.

Estes resultados sugerem ainda um (elevado) grau de conformidade entre todos os temas propostos pelos EE, os temas escolhidos pelos seus educandos para o nosso PESE, e os do ciclo de ensino destes. Assim, dos temas propostos pelos primeiros, apenas as *IST* não foram abordadas diretamente. A *Higiene* e a *Biologia dos órgãos sexuais* já tinham sido abordadas, por serem conteúdos integrados no programa da disciplina de *Ciências Naturais*. Por último, o *início das relações sexuais* foi integrado na abordagem do conceito de sexualidade.

Foram utilizadas diferentes metodologias na implementação deste PESE, como *apresentações, pesquisa na internet, visionamento de vídeos, brainstorming, preenchimento de fichas, história valorativa, escala de atitudes, debate em grande grupo, trabalho em pequeno grupo, jogos de tabuleiro, role playing, trabalho individual, palavras cruzadas, frases inacabadas, e construção de definições*. Estas metodologias são sugeridas pela literatura (Kirby, Laris, et al., 2006; UNESCO, 2008), e já foram empregues em numerosos programas implementados em Portugal (Ferreira et al., 1999; Jesus, 2011; Oliveira, Fernandes, & Pinheiro, 2003; Pontes, 2010; Santos, 2009; Silva, 2006; Vilaça, 2005).

O grau de concordância dos EE relativamente às metodologias empregues foi muito elevado, variando entre 89% e 100%, apresentando um valor médio de 99%. Os testemunhos dos EE participantes corroboram os resultados obtidos nos estudos anteriormente referidos: *Quando abordado pelos professores, é mais fácil os alunos absorverem; Os docentes estão mais preparados para abordar estes temas; e A forma apresentada parece-me a ideal*.

A participação dos EE nas tarefas propostas para realizarem em conjunto com os seus educandos foi, na generalidade, reduzida, porque apenas 36% responderam que as realizavam *Sempre*, 55% *Às vezes*, e 9% *Raramente*.

Embora não nos tenhamos deparado com outro estudo que faça referência a esta variável, neste contexto, estes valores parecem-nos *decepcionantes*. Poderíamos avançar com possíveis explicações, sem que as possamos confirmar no nosso estudo. Assim, a densidade das atividades pode ser uma explicação, uma vez que foram propostas seis atividades para um período de cinco semanas, condicionando a disponibilidade dos pais para responderem à tarefa. Outra poderá relacionar-se com a utilização de metodologias pouco adequadas para serem utilizadas em contexto familiar, apesar de correspondem ao recomendado para desenvolver em contexto de sala de aula (e.g. comentar, por escrito, a definição de sexualidade criada pela turma; adivinhar seis emoções expressas pelo educando e simular (outras) seis emoções que terão que ser reconhecidas por ele; descrever oralmente, e depois por escrito, *como conheceu a pessoa que ama (ou), como iniciou a relação de namoro e como foi feito o pedido de casamento / de início de vida em conjunto*; desenvolver quatro diálogos assertivos com o educando, sobre temas propostos por ambos; tecer elogios ao educando, e vice-versa; descrever os sentimentos vivenciados; relatar as dificuldades que o seu educando encontrou, bem como a ajuda que lhe prestou numa atividade que consistiu em cuidar de um ovo durante três dias, que devia estar sempre acompanhado - como se fosse um filho - e que devia ser cuidado com as maiores cautelas para não se danificar). Uma outra explicação poderá prender-se com reduzida integração destas atividades no contexto escola. Poderá, ainda, ser questionada a influência das características dos EE (e.g idade, escolaridade, características do meio em que a escola está inserida). Salientam-se os testemunhos prestados por alguns EE que reforçam a explicação baseada na densidade de propostas: *Por vezes não tinha conhecimento, por falta de tempo e até por esquecimento e, Incompatibilidade de horário laboral*.

Na literatura consultada, apenas o estudo de Caridade (2008) questiona os EE sobre a forma como gostariam de participar nos PESE, sendo que 42% propõem o *contacto com os professores (1)*, 25% o *contacto em casa com o educando sobre sexualidade (2)*, 20% a *participação em formação específica para EE (3)*, e 17% a *colaboração direta na conceção do PES (4)* ou a *participação na escola com alunos e professores (5)*. O PESE aqui apresentado conseguiu responder às duas primeiras propostas acima mencionadas por Caridade (2008): A primeira porque três dos professores envolvidos são diretores de turma e, por isso, têm estabelecido um horário em que estão disponíveis para o contacto com os EE; a segunda porque todas as atividades eram desenvolvidas com o educando em contexto familiar. Embora as três últimas propostas fossem consideradas importantes para o sucesso de um PESE, elas não puderam ser implementadas, devido a restrições ao nível do tempo de desenvolvimento e implementação do PESE (período de seis meses), o que condicionou a disponibilidade para desenvolver as atividades.

Conclusões

Os EE que participaram no presente estudo parecem ser favoráveis à implementação de PESEs, mas desejam a intervenção de outros agentes externos, para além dos professores, o que vai de encontro aos resultados de outros estudos.

Na implementação do programa apresentado, os EE manifestaram o seu acordo com as temáticas abordadas, selecionadas pelos seus educandos, com as indicações do ME e com as metodologias utilizadas. Assim, parece-nos que PESE que considerem os interesses e as necessidades dos educandos, as indicações da legislação, e as metodologias de ensino recomendadas pela literatura, obtêm a concordância

dos EE. O programa não foi, contudo, eficaz no envolvimento dos EE, embora limitações inerentes a este estudo impedissem a implementação de outras estratégias.

Pudemos assim constatar, no presente estudo, que é possível recolher o parecer favorável dos EE na implementação de um PESE, apesar de se constatar uma reduzida participação no mesmo. Parece assim importante, em futuros estudos, avaliar não só integração de profissionais externos nestes programas, mas também a implementação de estratégias alternativas para promover o maior envolvimento dos EE.

Bibliografia

- Alves, C. A. (2010). *O impacto de um programa de educação sexual nos comportamentos protectores dos adolescentes*. Porto: Universidade do Porto. (Tese de Mestrado)
- Anastácio, Z. (2009). *Receios e apoios em Educação Sexual: percepções de professores do 1º CEB*. Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia: actas do Congresso, Braga.
- Belo, M. S. (2012). *Educação Sexual em meio escolar: perspetivas dos professores*. Lisboa: Universidade de Lisboa. (Tese de Mestrado).
- Caridade, M. C. (2008). *O Papel da Escola e da Educação em Ciências na Educação Sexual dos Adolescentes: concepções de Professores de Ciências da Natureza/ Naturais e de Encarregados de Educação da Escola EB 2 e 3 de Cabeceiras de Basto*. Braga: Universidade do Minho. (Tese de Mestrado).
- Costa, A. (2006). *A Educação Sexual numa perspectiva de Educação para a Saúde: Um estudo exploratório na Escola Secundária Pluricurricular de Santa Maria Maior de Viana do Castelo*. Braga: Universidade do Minho. (Tese de Mestrado).
- Ferreira, A. C., Marques, A. M., Pereira, A., Filhó, A. S., Ramôa, C., Alverca, C., ... Barreto, R. C. (1999). Educação Sexual em meio escolar - orientações técnicas. *Sexualidade*, 2(21/22), 20-28.
- Jesus, A. A. (2011). *Educação Sexual: uma metodologia formal vs lúdica/emocional*. Lisboa: Universidade de Lisboa (Tese de Mestrado).
- Kirby, D. B. (2002). The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *Journal of Sex Research*, 39, 27-33.
- Kirby, D. B., Laris, B. A., & Roller, L. A. (2006). *The Impact of sex and HIV education programs in schools and communities on sexual behaviors among young adults*. Durham: Family Health International.
- Kirby, D. B., Obasi, A., & Laris, B. A. (2006). The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries. In D. A. Ross, B. Dick & J. Ferguson (Eds.). *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries* (103-150). Geneva: World Health Organization.
- López, F. (2009). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- ME, MS, APF, & CAN. (2000). *Educação sexual em meio escolar: linhas orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação, Ministério da Saúde.
- Oliveira, T., Fernandes, M., & Pinheiro, P. (2003). Educação para a sexualidade: Escola e Saúde, um projeto integrado. *Nascer e crescer*, 12, 8-14.
- Pintor, M. M. (2005). *Educação em Sexualidade: um percurso em cooperação no 1º CEB*. Aveiro: Universidade de Aveiro (Tese de Mestrado)
- Pombo, A. L. (2011). *Prática de Ensino Supervisionada em Ensino do 1.º e do 2.º Ciclo do Ensino Básico*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança (Tese de Mestrado).
- Pontes, A. F. (2010). *Sexualidade: vamos falar sobre isso? Promoção do desenvolvimento psicossocial na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção em meio escolar*. Porto: Universidade do Porto. (Tese de Doutoramento).
- Quintal, M. (2012). *A Comunicação entre Pais e Filhos: perspetivas parentais sobre educação sexual*. Lisboa: Universidade de Lisboa (Tese de Mestrado).
- Ramalho, M. J. (2008). Educação Sexual em Portugal. *Educação Sexual em Rede*, 4, 18-20.
- Santos, R. (2009). *Educação Sexual em Contexto Escolar: implementação e avaliação da eficácia de um projecto de intervenção numa turma do 8º ano de escolaridade*. Porto: Universidade do Porto (Tese de Mestrado).
- Silva, I. V. (2006). *Educação para os Valores em Sexualidade: um estudo com futuros professores e alunos do 9º ano de escolaridade*. Braga: Universidade do Minho (Tese de Mestrado).
- UNESCO. (2008). *Review of Sex, Relationships and HIV Education in Schools*. UNESCO's Global Advisory Group Meeting, (Paper presented at the First Meeting). Hamburgo. <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001629/162989e.pdf>
- UNESCO. (2009). *International Technical Guidance on Sexuality Education: rationale for sexuality education, vol. I*. Paris: UNESCO.
- Vieira, O. (2009). *A Educação Sexual na Escola Pública Portuguesa: um olhar a partir da experiência de alunos do 10º ano*. Braga: Universidade do Minho (Tese de Mestrado).
- Vilaça, M.T. (2005). *Ação e competência de ação em educação sexual: uma investigação com professores e alunos do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário*. Braga: Universidade do Minho (Tese de Mestrado).
- Vilar, D. (2005). A Educação Sexual faz sentido no actual contexto de mudança? *Educação Sexual em Rede*, 1, 8-15.
- WHO. (2010a). *Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators*. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who_rhr_10.12_eng.pdf
- WHO. (2010b). *Standards for Sexuality Education in Europe: a framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*. Cologne: Federal Centre for Health Education.

Os adolescentes e os conhecimentos sobre sexualidade

Jorge M. Ribeiro¹, Ângela Pontes² & Luisa R. Santos³

¹ Agrupamento de Escolas de Arga e Lima

² Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE

³ Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde

“Os conhecimentos são não só cruciais para a adaptação psicológica necessária durante a adolescência, mas também pré-requisitos para um comportamento seguro”.

As iniciativas no âmbito da educação sexual (ES) têm que considerar sempre as necessidades dos sujeitos às quais se destinam. Foram assim desenvolvidos vários estudos para conhecer esses interesses e necessidades. Capuano, Simeone, Scaravilli, Raimondo e Balbi analisaram os temas que 630 alunos, de três escolas italianas e com uma idade média de 16 anos, tendo constatado que estes gostariam mais de abordar: A masturbação, para 31% dos inquiridos, a primeira vez para 27% dos inquiridos, o desenvolvimento sexual para 15% dos alunos e, por fim as infeções sexualmente transmissíveis (IST) para 14%. Vários foram os estudos que procuraram determinar as temáticas que despertavam mais interesse nos jovens. No estudo de Silvestre e Sim-Sim, que decorreu numa escola do segundo e terceiro ciclo do ensino básico, identificaram-se as temáticas mais solicitadas pelos frequentadores de um gabinete de atendimento aos alunos. Este gabinete contou com 266 visitas e os temas que estes mais quiseram abordar foram os comportamentos sexuais, o ciclo menstrual, o prazer, a primeira relação sexual, as IST/SIDA, e as relações afetivas. Neste estudo, a dimensão das solicitações diferia entre adolescentes do sexo masculino e feminino. Já Costa questionou 163 alunos, cujas idades variavam entre os 17 e os 21 anos, sobre os temas que gostariam de abordar na área da sexualidade, sendo que as ISTs foram escolhidas por 77%. Por sua vez, Vieira inquiriu 91 alunos de quatro turmas do décimo ano de escolaridade, com idades que variavam entre os 14 e os 20 anos, sobre os temas que gostariam de abordar em ES; neste estudo também as respostas variaram consoante o sexo dos alunos: 52% dos rapazes escolheram todos os temas e 18 % as ISTs e a gravidez; no que se refere às jovens do sexo feminino, ISTs e métodos contraceptivos foram escolhidas por 58%, e a sexualidade em geral por 28%. Pontes constatou, através de uma metodologia de *focus group*, que para 25 alunos de ambos os sexos, que frequentavam o oitavo ano de escolaridade, e com média de idade de 13 anos, as temáticas que mais gostariam de abordar seriam a adolescência e as mudanças da puberdade, os órgãos sexuais, a gravidez, as IST, os métodos contraceptivos e a primeira vez. Os alunos estavam divididos em três grupos, dois constituídos por elementos do mesmo sexo e um misto. O grupo das raparigas referiu que também gostaria de abordar a excitação feminina, enquanto o dos rapazes preferiu o tema *como se conquista uma mulher*.

Os estudos referidos apontam para uma grande diversidade de assuntos que os alunos, de diferentes ciclos de ensino, gostariam de aprofundar, desde os mais biológicos (ciclo menstrual, órgão sexuais, IST), aos comportamentais (a primeira vez, gravidez, masturbação, métodos contraceptivos), aos emocionais (prazer, relações afetivas), e aos relacionados com o seu desenvolvimento (adolescência). A escolha desses mesmos temas parece variar, por vezes, com o sexo dos alunos. Estes resultados parecem estar em concordância com os referidos por Capuano et al., quando afirmam que os programas orientados somente para a abstinência, os *abstinence-only programmes*, não fornecem informação suficientemente abrangente que satisfaça os jovens; também Lou e Chen reforçam esta concordância, quando afirmam que o “currículo da saúde escolar deve ser um contínuo entre tópicos de fisiologia, psicologia, emoções e sociologia”.

Todavia, a abordagem da sexualidade com os jovens estava, tradicionalmente, focalizada no aumento de conhecimento sobre a anatomia do aparelho reprodutor e os riscos associados às *relações sexuais reprodutivas*. Numa perspetiva mais recente, e que parece ir de encontro aos estudos anteriormente referidos, os conteúdos do conhecimento em ações de ES devem ser muito mais abrangentes e dar ênfase “à aquisição de conhecimento científico que substitua a ignorância, os erros e as mentiras relativas à sexualidade e às relações pessoais”. Esta abrangência vai de encontro à definição ampla de sexualidade proposta pela *World Health Organization*.

“Sexualidade é um aspeto central do ser humano ao longo da vida, que engloba o sexo, a identidade e o papel de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. A sexualidade é experienciada e expressa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas estas dimensões, nem todas elas são sempre experimentadas e expressadas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais” (p. 5).

Conhecidos os interesses manifestados pelos jovens em alguns dos estudos realizados, procuraremos agora, na continuidade da revisão da literatura, analisar estudos que referem o conhecimento que os jovens demonstram relativamente à sexualidade.

No estudo realizado por Shapiro, Radecki, Charchian e Josephson em 319 estudantes do Estado da Califórnia, de diferentes etnias e com idades que variavam entre os 18 e os 26 anos, verificou-se que o conhecimento sobre o VIH era elevado, embora com diferenças significativas entre as várias etnias, em que os alunos asiáticos revelavam menores conhecimentos. Também Wackett e Evans analisaram o conhecimento relativo a tópicos tradicionais de saúde sexual, como seja a anatomia reprodutiva, a fertilidade, as alterações pubertárias e o VIH/SIDA, antes da implementação de um programa de ES. A classificação média obtida foi de 58%, não se verificando diferenças entre rapazes e raparigas. Neste estudo, foram analisados 938 alunos residentes no Canadá, e que frequentavam o equivalente ao quarto e ao sétimo anos de escolaridade portugueses. Num estudo realizado em meio rural na Galiza por Sueiro, Diéguez, Chas e Diz em 572 alunos, média de idades 17 anos, e com um questionário de 17 perguntas sobre o conhecimento dos riscos sexuais, os alunos revelaram uma percentagem média de respostas corretas de 71%. Já Azevedo e Abdo verificaram que 103 adolescentes brasileiros, com uma média de idade de 12 anos, tinham informações sobre fertilidade, ciclo menstrual, métodos contraceptivos e prevenção das IST, consideradas insuficientes pelos autores. A avaliação de Larsson, Eurenus, Westerling e Tydén dos conhecimentos relativos a preservativos e contraceção de emergência, em 282 estudantes suecos com idades entre os 16 e os 20, verificaram uma reduzida percentagem de respostas corretas, entre os 26 e os 49%. Em Espanha, Carrera, Lameiras, Foltz, Núñez, e Rodriguez aplicaram um questionário de avaliação do conhecimento, relativo aos órgãos sexuais, constituído por 14 afirmações de verdadeiro ou falso, a 212 alunos com idades entre os 11 e os 13 anos, e verificaram uma percentagem média de respostas corretas entre os 70 e 74%. Também na Croácia, Stulhofer, Graham, Bozicevic, Kufrin e Ajdukovic avaliaram os conhecimentos sobre sexualidade em 1093 indivíduos, com idades entre os 18 e os 24 anos, através da aplicação de um questionário relativo ao conhecimento sobre VIH/SIDA, e as proporções dos entrevistados que responderam corretamente às mesmas variou entre os 64 e os 85%. Donis, Batista, Rodríguez, Sánchez e González estudaram o grau de conhecimento de 98 estudantes do ensino secundário em Cuba, e constataram elevado desconhecimento dos métodos contraceptivos e das IST.

Em Portugal também se realizaram alguns estudos nesta temática. A perceção que os jovens têm sobre o seu conhecimento relativamente à sexualidade foi estudada por Santos, em 432 adolescentes de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, e constatou que uma percentagem menor de raparigas (59% vs 72,1 dos rapazes) afirma possuir uma informação muito boa ou boa sobre sexualidade. Lemos desenvolveu o seu estudo numa turma do décimo primeiro ano, onde avaliou conhecimentos sobre sexualidade, e constatou diferentes percentagens de respostas corretas consoante os temas: 79% na *resposta sexual humana*, 84% na *contraceção/fertilidade*, 80% na *anatomia/fisiologia do aparelho genital*, 61% nos *aspectos da sexualidade/orientações sexuais* e 75% na *gravidez e desenvolvimento embrionário*. Num outro estudo, *A educação sexual dos jovens portugueses - conhecimentos e fontes* de Vilar, Ferreira, e Duarte, foi aplicado um questionário a 2621 adolescentes, de ambos os sexos que frequentavam o décimo ou o décimo segundo ano de escolaridade, em 62 escolas portuguesas. Esse questionário abordou várias áreas relativas à sexualidade: *Puberdade e adolescência*, *sexualidade humana*, *contraceção*, *IST* e *perceção de risco*. A classificação global do conhecimento demonstrado foi *aceitável* para 32% dos alunos, *bom* para 45%, e *muito bom* para 13%. As raparigas demonstraram, na generalidade, mais conhecimento que os rapazes.

Desta análise, parece-nos importante realçar que a maioria dos estudos foram realizados com amostras constituídas por sujeitos no fim da adolescência e por jovens adultos, e só algumas exceções utilizaram sujeitos no início da adolescência.

Podemos também constatar a existência de uma grande diversidade nos instrumentos utilizados para a avaliação do conhecimento sobre sexualidade. Esta diversidade não só condiciona a comparação dos resultados obtidos, como também dificulta a compreensão da real dimensão dos conhecimentos sobre sexualidade dos jovens. Pareceu-nos ainda evidente a discrepância entre o reduzido número de temas avaliados e os que despertam maior interesse nos jovens, nos estudos referidos. Esta análise parece ir de encontro a Lemos que refere que os resultados das investigações sobre os conhecimentos sobre sexualidade dos jovens mostram-se escassos, incompletos e incorretos. Contudo, o estudo de Vilar, Ferreira e Duarte (2009) parece-nos representar uma viragem, pela sua abrangência, na abordagem desta temática. Esta ideia é reforçada por Sousa, Soares, e Vilar quando afirmam a importância de uma maior abertura na discussão da sexualidade e da contraceção, com maior ênfase nos temas relacionados com os afetos.

Metodologia do estudo

Pretendemos avaliar os conhecimentos sobre sexualidade, em temas previamente escolhidos por alunos no início da adolescência, e verificar de que forma esses conhecimentos variam com as características dos mesmos.

Participantes

A amostra é constituída 88 alunos do sétimo ano de escolaridade de uma escola básica e secundária do Alto Minho, dos quais 44 são raparigas, 79 não foram retidos em nenhum ano do seu percurso escolar e 62 usufruem da ação social. As idades variam entre os 12 e os 13 anos (tabela 1).

Tabela 1

Caracterização da amostra

	Amostra Global	Sexo		Idade		Sucesso escolar		Estatuto económico	
		Raparigas	Rapazes	12	13	Sem retenções	Com Retenções	Com Subsídio	Sem subsídio
N.º sujeitos	88	44	44	67	21	79	9	62	26
Sexo	F	44		35	9	42	2	30	14
	M	44		32	12	37	7	32	12
Idade	12	67	35	32		67		46	21
	13	21	9	12		12	9	16	5
Retenções	SR	79	42	37	67	12		55	24
	CR	9	2	7		9		7	2
Subsídio	CS	62	30	32	46	16	55	7	
	SS	25	13	12	20	5	23	2	

Instrumentos

Foi aplicado um questionário constituído por duas partes. A primeira tinha como objetivo caracterizar os alunos, sendo constituído por questões relativas à idade, ao sexo, ao número de retenções e ao escalão social. A segunda parte procurava avaliar os conhecimentos sobre sexualidade e incluía 16 questões fechadas e de resposta dicotómica (verdadeiro ou falso). Tendo em conta a legislação em vigor (Lei 60/2009 e Portaria 196-A de 2010) as questões foram agrupadas em oito temas, previamente escolhidos pelos alunos.

Procedimento

A avaliação dos temas que os jovens mais gostariam de abordar, entre os definidos pela legislação e para o seu ciclo de ensino, obteve-se através de uma caixa de perguntas. Foi apresentado aos alunos, na fase inicial de numa sessão antes da implementação do programa, um conjunto de palavras-chave que representavam os conteúdos propostos pela Portaria n.º 196-A/2010. Foi solicitado, de seguida, que os mesmos escrevessem, de forma anónima, as perguntas / dúvidas sobre essas mesmas palavras. Após a recolha das perguntas, foram indexadas aos temas e foi verificada a relação entre as perguntas/dúvidas e o número de sujeitos.

Os temas selecionados mais frequentemente foram: Dimensão ética da sexualidade humana; Compreensão da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projeto de vida que integre valores e uma dimensão ética; Conhecimento das taxas e tendências de maternidade e da paternidade na adolescência e compreensão do respetivo significado; Conhecimento das taxas e tendências das interrupções voluntárias de gravidez, suas sequelas e respetivo significado; Compreensão da noção de parentalidade no quadro de uma saúde sexual e reprodutiva saudável e responsável.

Os questionários foram aplicados em sala de aula. Foi explicado o modo de preenchimento e salvaguardado o seu anonimato. Foi, ainda, definido que só deveriam falar para fazer perguntas sobre o questionário, evitando comentários em voz alta. A disposição da sala e a disposição dos sujeitos foi, sempre que possível, condicionada de forma a promover uma maior privacidade no preenchimento dos questionários.

Foi utilizada estatística descritiva (média, máximo e mínimo), e, para comparar os grupos de amostras independentes foi aplicado o teste não paramétrico U Mann-Whitney. O *software* utilizado foi o programa SPSS, versão 19.

Apresentação dos resultados

Os resultados obtidos na aplicação do questionário de conhecimento sobre sexualidade estão descritos nas tabelas 2 e 3.

Tabela 2

Resultados globais e relativos ao sexo, sucesso escolar e estatuto económico dos alunos, obtidos no questionário de conhecimentos sobre sexualidade

Pergunta n.º	Global	Sexo		Sucesso Escolar		Estatuto económico	
		Feminino (n=44)	Masculino (n=44)	Sem retenções (n=79)	Com retenções (n=9)	Com subsídio (n=62)	Sem subsídio (n=26)
		Média	Média	Média	Média	Média	Média
1	0,49	0,55	0,43	0,49	0,44	0,50	0,46
2	0,93	0,95	0,91	0,94	0,89	0,92	0,96
3	0,75	0,82	0,68	0,73	0,89	0,76	0,73
4	0,40	0,30	0,50	0,41	0,33	0,37	0,46
5	0,88	0,86	0,89	0,89	0,78	0,90	0,81
6	0,50	0,59	0,41	0,53	0,22	0,55	0,38
7	0,39	0,32	0,45	0,35	0,67	0,39	0,38
8	0,66	0,66	0,66	0,67	0,56	0,65	0,69
9	0,53	0,55	0,52	0,54	0,44	0,56	0,46
10	0,75	0,82	0,68	0,77	0,56	0,71	0,85
11	0,60	0,52	0,68	0,63	0,33	0,56	0,69
12	0,83	0,91	0,75	0,84	0,78	0,82	0,85
13	0,82	0,95	0,68	0,84	0,67	0,79	0,88
14	0,63	0,77	0,48	0,62	0,67	0,63	0,62
15	0,80	0,86	0,73	0,80	0,78	0,76	0,88
16	0,08	0,09	0,07	0,09	0,00	0,10	0,04
Média	0,63	0,66	0,60	0,63	0,56	0,62	0,63
Máximo	0,93	0,95	0,91	0,94	0,89	0,92	0,96
Mínimo	0,08	0,09	0,07	0,09	0,00	0,10	0,04

Na tabela 2 estão descritos os resultados pergunta a pergunta, e na tabela 3 os resultados estão organizados por temas. Em ambas as tabelas estão descritos os resultados em função das características dos sujeitos.

Tabela 3

Resultados globais e relativos ao sexo, sucesso escolar e estatuto económico dos alunos, agrupados por temas, obtidos no questionário de conhecimentos sobre sexualidade

Temas	Global	Sexo		p	Sucesso Escolar		P	Estatuto económico		P
		Femini no (n=44)	Masculino (n=44)		Sem retenções (n=79)	Com retenções (n=9)		Com Subsídio (n=62)	Sem subsídio (n=26)	
		Média	Média		Média	Média		Média	Média	
1. O que é a sexualidade?	0,71	0,75	0,67	0,17	0,72	0,67	0,53	0,71	0,72	0,71
2. As emoções e os sentimentos	0,57	0,56	0,59	0,57	0,57	0,61	0,74	0,56	0,60	0,88
3. Amor	0,69	0,73	0,65	0,20	0,71	0,50	0,08	0,73	0,60	0,17
4. Sentimentos, opiniões e decisões	0,52	0,49	0,56	0,34	0,51	0,61	0,41	0,52	0,52	0,35
5. Críticas e elogios	0,64	0,68	0,60	0,24	0,66	0,50	0,13	0,64	0,68	0,20
6. Sexualidade na adolescência	0,72	0,72	0,72	0,86	0,73	0,56	0,15	0,69	0,76	0,50
7. Contraceção	0,75	0,86	0,63	0,00**	0,75	0,70	0,48	0,73	0,80	0,56
8. Maternidade / Paternidade	0,08	0,09	0,07		0,09	0,00		0,10	0,04	
Média	0,59	0,61	0,56	0,40	0,59	0,52	0,36	0,59	0,59	0,48
Máximo	0,75	0,86	0,72		0,75	0,70		0,73	0,80	
Mínimo	0,08	0,09	0,07		0,09	0,00		0,10	0,04	

No que se refere às respostas, a percentagem das corretas foi em média de 63%. As raparigas, os alunos sem retenções e os alunos sem subsídio obtiveram mais resultados corretos, na generalidade. Verificamos também que 75% das perguntas tiveram mais de 50% de respostas corretas, e 44% das mesmas tiveram mais de 75% das respostas corretas. As raparigas responderam de forma mais acertada a 69% das questões, os alunos sem retenções a 81% das questões e os alunos com subsídio a 50% das questões.

No que se refere aos temas, a percentagem média de respostas corretas foi de 59%. As raparigas e os alunos sem retenções obtiveram resultados mais acertados, na generalidade dos temas. Verificamos que apenas um dos temas obteve, na globalidade e nos alunos com maior sucesso escolar, uma percentagem superior ou igual a 75% e, dois dos temas nos alunos com maior estatuto económico.

Discussão dos resultados

Não podemos deixar de voltar a realçar as diferenças de conteúdos e de instrumentos utilizados nos diferentes estudos que condicionam a comparação dos resultados por nós obtidos relativamente a outros estudos.

A classificação média obtida pela amostra do presente estudo foi de 63%, semelhante às obtidas em pesquisas anteriores: 58%, 71%, 26-49% e 69%.

Quando comparamos a classificação média por temas, onde obtivemos uma classificação média de 59%, constatamos que ela também parece enquadrada com os valores da literatura relativamente aos 75% observados por Lemos e os 59% por Vilar.

Na análise destes resultados temos que considerar a abrangência das temáticas abordadas no questionário utilizado comparativamente aos estudos analisados, que apenas tiveram em conta as IST, os métodos contraceptivos, a anatomia, a puberdade e as IST, os métodos contraceptivos e as IST, a anatomia, os métodos contraceptivos e as IST.

Parece-nos interessante verificar que os estudos realizados em Portugal foram mais abrangentes, dos quais destacamos os de Lemos e Vilar descritos.

Parece-nos importante realçar que dos três estudos que questionam alunos, no mesmo escalão etário que o presente, não foi possível comparar os resultados obtidos. Existindo possíveis justificações para o facto, nomeadamente por as temáticas serem diferentes e/ou por não estarem discriminadas as questões nos artigos analisados.

Destaca-se ainda a classificação obtida, neste estudo, na questão relativa à gravidez na adolescência, que poderá eventualmente ter duas explicações: Uma efetiva falta de conhecimento por parte dos alunos, podendo representar uma importante referência para o *projeto de educação sexual na turma*, ou uma limitação do instrumento.

Quando analisamos os resultados, relativamente aos temas avaliados, e no tocante aos temas prevenção das IST e gravidez na adolescência podem ser classificados como bons uma vez que 75% das respostas estavam corretas. É possível estabelecer uma comparação com o estudo de Larsson et al., tendo os resultados obtidos por este sido inferiores.

Podemos assim concluir que, tal como no estudo de Vilar et al., os alunos demonstram conhecer bem, ou de forma razoável temas como a sexualidade humana, a puberdade e a adolescência, e o uso do preservativo que podem refletir a abordagem destas temáticas no universo mediático e na ES realizada nas escolas. Constata-se ainda uma informação deficitária nas respostas sobre a gravidez não desejada, em que uma percentagem significativa de jovens não responde acertadamente às perguntas formuladas.

Quando analisamos as diferenças entre rapazes e raparigas verificamos que estas demonstram maior conhecimento, com mais respostas corretas em 81% das questões e em 63% dos temas. Tal está de acordo com a literatura. No estudo realizado por Carrera, et al., constatou-se que as raparigas apresentaram níveis de conhecimentos superiores aos dos rapazes (média de 74 vs 70% respetivamente) mas sem diferenças estatisticamente significativas. Também Stulhofer et al. verificaram que as mulheres revelaram níveis significativamente superiores de conhecimento. No estudo de Reis e Matos observaram-se diferenças significativas nos conhecimentos sobre métodos contraceptivos e sobre as ISTs de estudantes universitários de ambos os sexos, com as raparigas a apresentarem valores superiores. Ramos et al. analisaram 1792 alunos, com idades entre os 14 e os 17 anos, e comprovaram que os conhecimentos demonstrados pelas raparigas sobre a pílula eram significativamente superiores aos dos rapazes. Verificou-se, também, no estudo de Vilar et al. resultados semelhantes, pois em 81% das perguntas, as raparigas responderam de forma mais correta (classificação média foi de 62% para as raparigas e 54% para os rapazes).

A perceção do conhecimento sobre sexualidade foi estudada por Sousa em 432 alunos com idades entre os 15 e os 19 anos, em que a autora constatou diferenças significativas entre a perceção do nível de conhecimento dos rapazes, em que 74% deles afirmava possuir uma informação boa ou muito boa sobre sexualidade e, a das raparigas em que 58,5% afirmava o mesmo.

Parece assim verificar-se uma discrepância entre o conhecimento percecionado e o conhecimento efetivo, com os rapazes a demonstrarem um menor conhecimento efetivo e um maior percecionado. Assim, parece-nos importante considerar estes resultados na intervenção junto dos adolescentes, evidenciando a necessidade destes incrementarem o conhecimento sobre sexualidade, tornando-se mais eficazes na tomada de decisões mais fundamentadas, conscientes e responsáveis na sua vida sexual e afetiva.

Verificamos no presente estudo que não há diferenças significativas, no conhecimento sobre sexualidade, entre alunos com maior e menor sucesso escolar, embora os alunos com maior sucesso tivessem respondido de forma mais correta a 81% das questões e a 75% dos temas. Estes resultados eram expectáveis, principalmente se considerarmos o conceito abrangente de sexualidade entretanto descrito. O facto de a diferença não ser significativa permite-nos pensar que o sucesso do aluno no percurso escolar não deverá implicar uma abordagem diferenciada no *projeto de educação sexual na turma*.

Não verificamos diferenças no número de respostas mais acertadas pelos alunos de diferentes estatutos económicos, embora os alunos com maior estatuto económico tenham respondido mais acertadamente a 75% dos temas. Considerando esta variável, não parece assim justificar-se uma abordagem diferenciada nos conhecimentos sobre sexualidade.

Para finalizar, salienta-se um reduzido conhecimento sobre sexualidade em adolescentes de ambos os sexos que frequentam a escola em que se realizou o estudo, não se tendo verificado diferenças significativas relativamente ao sexo, ao sucesso escolar e ao estatuto económico. Assim, parece importante orientar os projetos de ES para o aumento do conhecimento, verificando se o processo de aquisição é influenciado pelas características dos jovens.

Bibliografia

Arons, S. J., Jenkins, R. R., Raine, T. R., El-Khorazaty, M. B., Woodward, K. M., Williams, R. L., ... Wingrove, B. K. (2000). Postponing Sexual Intercourse Among Urban Junior High School Students: a randomized controlled evaluation. *Journal of Adolescent Health*, 27, 236-247.

- Azevedo, G. E., & Abdo, C. H. (2006). Adolescentes de classe média do ensino fundamental: prática e conhecimento da sexualidade. *Pediatria*, 28(3), 184-190.
- Capuano, S., Simeone, S., Scaravilli, G., Raimondo, D., & Balbi, C. (2009). Sexual behaviour among Italian adolescents: Knowledge and use of contraceptives. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 14(4), 285-289.
- Carrera, M. V., Lameiras, M., Foltz, M. L., Núñez, A. M., & Rodriguez, Y. (2007). Evaluacion de un programa de educacion sexual con estudiantes de Educacion Secundaria Obligatoria. *Intemational Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 739-751.
- Costa, A. (2006). *A Educação Sexual numa perspectiva de Educação para a Saúde: um estudo exploratório na Escola Secundária Pluricurricular de Santa Maria Maior de Viana do Castelo*. Braga: Universidade do Minho (Tese de Mestrado).
- Donis, N. D., Batista, I. R., Rodríguez, E. P., Sánchez, C. J., & González, G. (2009). Strategy of educational intervention to raise the knowledge on some sexuality features in students. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia*, 35(4),191-204.
- Frade, A., Marques, A. M., Alverca, C., & Vilar, D. (Eds.). (2009). *Educação Sexual na escola :Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editores.
- Kirby, D., Laris, B. A., & Roller, L. A. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors among Young Adults*. Durham: Family Health International.
- Larsson, M., Eurenus, K., Westerling, R., & Tydén, T. (2006). Evaluation of a sexual education intervention among Swedish high school students. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(2),124-131.
- Lemos, M. E. (2002). O papel dos conhecimentos sobre sexualidade como pré-requisitos para comportamentos saudáveis. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 33, 43-50.
- López, F. (2009). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lou, J.H., & Chen, S.H. (2009). Relationships among sexual knowledge, sexual attitudes, and safe sex behaviour among adolescents: a structural equation model. *International Journal of Nursing Studies*, 46(12), 1595-1603.
- Pontes, A. F. (2010). *Sexualidade: vamos falar sobre isso? Promoção do desenvolvimento psicossocial na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção em meio escolar*. Porto:Universidade do Porto (Tese de Doutoramento).
- 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.
- Reis, M., & Matos, M. G. (2007). Conhecimentos e Atitudes face ao uso de Métodos Contraceptivos e à Prevenção das ISTs em Jovens. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 4(1), 23-35.
- Shapiro, J., Radecki, S., Charchian, A., & Josephson, V. (1999). Sexual behavior and aids-related knowledge among community college students in Orange County, California. *Journal of Community Health*, 24(1), 29-43.
- Silvestre, M. J., & Sim-Sim, M. (2001). Educação Sexual - Um desafio em parceria. *Sexualidade e Planeamento Familiar*(31),27-32.
- Sousa, A. P., Soares, I., & Vilar, D. (2007). Lessons learnt from a Secondary School Sex Education Program in Portugal. *Sex Education*, 7(1),35-45.
- Sousa, M. F. (2000). *Sexualidade na adolescência comportamentos, conhecimentos e opiniões / atitudes de adolescentes escolarizados*. Porto:Universidade Porto (Tese de Mestrado).
- Stulhofer, A., Graham, C., Bozicevic, I., Kufrin, K., & Ajdukovic, D. (2007). HIV/AIDS-related knowledge, attitudes and sexual behaviors as predictors of condom use among young adults in Croatia. *International Family Planning Perspectives*,33(2), 58-65.
- Sueiro, E., Diéguez, J. L., Chas, M. D., & Diz, M. C. (2004). Primeras fuentes de información, conocimientos, actitudes y prácticas sexuales: su interrelación. *Medicina Psicosomatica y Psiquiatria de Enlace (69/70)*, 95-114.
- UNESCO. (2008). *Review of Sex, Relationships and HIV Education in Schools*. Paper presented at the first meeting of UNESCO's Global Advisory Group meeting, Hamburg. <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001629/162989e.pdf>
- Vieira, O. (2009). *A Educação Sexual na Escola Pública Portuguesa: um olhar a partir da experiência de alunos do 10º ano*. Braga:Universidade do Minho. (Tese de Mestrado).
- Vilar, D., Ferreira, P. M., & Duarte, S. (2009). A educação sexual dos jovens portugueses: conhecimentos e fontes. *Educação Sexual em Rede*, 5, 2-53.
- Wackett, J., & Evans, L. (2000). An evaluation of the Choices And Changes Student Program: a grade four to seven Sexual Health Education Program based on The Canadian Guidelines for Sexual Health Education. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 9(4),265-273.
- WHO. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva*. Geneva: WHO.