

**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação

Nidia Marisa Carvalho Ferreira

**Avaliação do impacto de uma intervenção pedagógica na promoção de conhecimentos favoráveis a um estilo de vida saudável: um estudo efetuado em alunos do 2º ciclo**



**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação

Nídia Marisa Carvalho Ferreira

**Avaliação do impacto de uma intervenção pedagógica na promoção de conhecimentos favoráveis a um estilo de vida saudável: um estudo efetuado em alunos do 2º ciclo**

Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação,  
Área de Especialização em Educação para a Saúde

Trabalho realizado sob a orientação do  
**Professor Doutor José Alberto Gomes Precioso**

Janeiro de 2012

## **DECLARAÇÃO**

Nome: Nídia Marisa Carvalho Ferreira

Endereço Eletrónico: [nfnidiaferreira@hotmail.com](mailto:nfnidiaferreira@hotmail.com)

Telefone: 918612084

Número do Bilhete de Identidade: 13206831

Título da Dissertação: Avaliação do impacte de uma intervenção pedagógica na promoção de conhecimentos favoráveis a um estilo de vida saudável: um estudo efetuado em alunos do 2º ciclo

Orientador: Professor Doutor José Alberto Gomes Precioso

Ano de conclusão: 2012

Designação do Mestrado: Mestrado em Ciências da Educação, Área de Especialização em Educação para a Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, Janeiro de 2012

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Ao longo do período em que se desenvolveu a presente investigação foram muitas as pessoas que, direta ou indiretamente, deram o seu estimado contributo para que este objetivo pessoal se concretizasse. A todas essas pessoas gostaria de agradecer e expressar o meu profundo reconhecimento pelo seu contínuo apoio.

Em primeiro lugar, uma palavra de agradecimento ao Doutor José Alberto Gomes Precioso, orientador desta tese, pela sua experiência, pelos seus ensinamentos e dedicação, que me proporcionaram sempre uma maior segurança nesta caminhada.

A todos os professores de mestrado que foram um grande contributo para o meu crescimento académico.

A todos os colegas e alunos que de forma calorosa me receberam nas suas salas de aula e cuja participação tornou possível este estudo.

A todos os amigos, pelo incentivo e boa disposição em todos os momentos.

Por último, um especial agradecimento a toda a minha família, em particular aos meus pais e prima Nelma, por acompanharem sempre de forma entusiasta os meus projetos de vida, pelos seus estímulos, carinho e compreensão em todos os momentos, principalmente nos de maior desânimo e ansiedade.

Em jeito final, dedico este trabalho ao avô Carvalho, que, infelizmente, viu o seu início mas não presenciou a sua conclusão. Agradeço os seus ensinamentos de vida e prontos incentivos à formação, com o anseio de corresponder sempre às suas expectativas.



# **Avaliação do impacto de uma intervenção pedagógica na promoção de conhecimentos favoráveis a um estilo de vida saudável: um estudo efetuado em alunos do 2.º ciclo**

## **RESUMO**

A adoção consciente de um estilo de vida saudável implica o conhecimento dos principais comportamentos protetores e de risco para a saúde. Por este motivo, a Promoção e Educação para a Saúde (Eps) devem fazer parte do projeto educativo de cada escola. A EpS deve ser integrada nas diversas disciplinas, em particular na disciplina de ciências da natureza (CN). Atendendo que os professores orientam a sua prática, fundamentalmente, pelo uso do manual escolar e estes não abordam os temas de saúde com a profundidade desejável, aliado ao facto de não existirem programas específicos de EpS para a disciplina de CN no 6º ano de escolaridade, urge a construção de programas preventivos para esta disciplina e referido ano.

Neste contexto, efetuamos a presente investigação com as seguintes finalidades: 1) diagnosticar os conhecimentos dos alunos do 6.º ano sobre comportamentos salutogénicos e de risco para a saúde; 2) identificar os comportamentos que os alunos consideram mais importantes na promoção da saúde e 3) determinar a eficácia de uma intervenção pedagógica transversal à área curricular disciplinar de ciências da natureza na promoção de conhecimentos favoráveis a um estilo de vida saudável.

Para a consecução destes objetivos, em especial do terceiro, realizou-se um estudo *quasi*-experimental do tipo pré/pós com grupo experimental e de controlo, cada um dos grupos composto por duas turmas pertencentes a duas escolas do ensino básico do concelho de Guimarães, no ano letivo de 2010/2011.

Pela análise de conteúdo e posterior análise estatística dos resultados, pudemos constatar que os alunos de ambos os grupos possuíam alguns conhecimentos prévios sobre formas de proteção da sua saúde em geral e de manutenção da integridade morfofisiológica dos aparelhos estudados no 6º ano.

Apesar de se verificar uma evolução positiva nos conhecimentos dos alunos em ambos os grupos, esta foi mais notória no grupo experimental. Deste modo, pode concluir-se que apesar dos manuais e os professores abordarem os comportamentos protetores e de risco para a saúde, o programa: “A saúde também depende de ti” foi eficaz ao permitir que os alunos melhorassem qualitativa e quantitativamente os seus conhecimentos relativamente a práticas condizentes com um estilo de vida saudável.



**Evaluating the impact of a pedagogical intervention while promoting favorable acquiresments to a healthy lifestyle: this study aimed second *CEB* students**

**ABSTRACT**

The conscious adoption of a healthy lifestyle requires knowing the main defensive and hazardous behaviors to our health. Due to this, the Promotion and Health Education (PHE) should take part in the Educational Project of each school. PHE ought to be assimilated by several subjects, particularly Science. Considering that teachers guide their practice, essentially, by using the book, which does not approach health problems as profoundly as intended, and given the inexistence of specific PHE programs for Science (sixth grade), it is urgent to create preventive platforms for this subject and this grade.

In this context, this research work intends the following aims: 1) diagnose sixth grade students' knowledge on salutogenic and health compromising behaviors; 2) identify which behaviors students find more important while promoting health and 3) determine how effective a transversal pedagogical intervention is in Science when promoting favorable knowledge to a healthy lifestyle.

In order to materialize these aims, specially the third, a quasi-experimental pre/post study has been done with an experimental and a control group, each of them composed by two classes from two Basic schools from Guimarães, in the school year 2010/2011.

By analyzing the content and after statistical evaluation of the results, it was possible to find that students from both groups had some previous knowledge about how to generally protect their health and on how to maintain the morphophysiological integrity of the systems studied on the sixth grade.

Despite confirming a positive evolution on the students' knowledge in both groups, it was more remarkable on the experimental group. Thus, we can conclude that, despite the fact that books and teachers approach protective and dangerous behaviors for the health, the program "A saúde também depende de ti" (Your health also depends on you) was incisive by allowing students to improve their knowledge, qualitatively and quantitatively, when it comes to adopting a healthy lifestyle.



## ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS .....	iii
RESUMO .....	v
ABSTRACT.....	vii
SIGLAS E ABREVIATURAS .....	xiii
ÍNDICE DE TABELAS.....	xiv
ÍNDICE DE QUADROS.....	xv
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xv
<b>CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E APRESENTAÇÃO DO ESTUDO .....</b>	<b>17</b>
1.1. INTRODUÇÃO.....	17
1.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	18
1.2.1. Saúde.....	18
1.2.2. Estilos de Vida .....	19
1.2.3. Determinantes de Saúde relacionados com o estilo de vida. ....	20
1.2.4. Determinantes de estilos de vida.....	22
1.2.5. Educação para a Saúde .....	22
1.2.6. Educação para a Saúde na Escola .....	23
1.3. O PROBLEMA.....	25
1.4. OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO .....	26
1.5. IMPORTÂNCIA DO ESTUDO .....	26
1.6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	29
1.7. PLANO GERAL DA DISSERTAÇÃO .....	30
<b>CAPÍTULO II - REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>31</b>
2.1. INTRODUÇÃO.....	31
2.2. ADOLESCENTES E ADOLESCÊNCIA.....	31
2.2.1. Desenvolvimento físico, psíquico e social.....	31
2.2.2. Relações interpessoais na adolescência .....	34

2.3.	SAÚDE/ PROMOÇÃO DA SAÚDE .....	36
2.3.1.	Conceito de saúde .....	36
2.3.2.	Promoção de Saúde .....	39
2.4.	OS ESTILOS DE VIDA E A QUALIDADE DE VIDA .....	41
2.5.	OS DETERMINANTES DE SAÚDE E DOS ESTILOS DE VIDA .....	43
2.6.	COMPORTAMENTOS DE RISCO E COMPORTAMENTOS SALUTOGÉNICOS .....	47
2.6.1.	Alimentação.....	49
2.6.2.	Exercício Físico .....	56
2.6.3.	Sono .....	57
2.6.4.	Consumo de substâncias psicoativas .....	59
2.6.5.	<i>Stress</i> .....	64
2.6.6.	Diabetes.....	64
2.6.7.	Hipertensão arterial .....	65
2.6.8.	Lazer.....	65
2.6.9.	Cuidados com a pele .....	66
2.6.10.	Cuidados com o aparelho reprodutor .....	68
2.7.	PREVALÊNCIA DAS DOENÇAS E DOS DETERMINANTES DE SAÚDE RELACIONADOS COM OS ESTILOS DE VIDA, NA POPULAÇÃO PORTUGUESA.....	70
2.8.	EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	74
2.8.1.	Importância da educação para a saúde.....	74
2.8.2.	Influência educativa da família .....	78
2.8.3.	Influência educativa da escola.....	79
2.8.4.	Influência educativa do grupo de amigos/pares.....	83
2.8.5.	Influência educativa dos meios de comunicação.....	84
2.9.	MODELOS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE .....	86
2.9.1.	Teoria da Acção Racional.....	86
2.9.2.	Modelo Racional ou Informativo .....	88
2.9.3.	Modelo de Crenças na Saúde.....	89

**CAPITULO III - METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO ..... 93**

3.1.	INTRODUÇÃO.....	93
3.2.	DESCRIÇÃO GERAL DO ESTUDO.....	93
3.3.	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	100
3.4.	TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS.....	103
3.5.	INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO.....	103
3.5.1.	Características gerais do questionário.....	103
3.6.	INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA “A SAÚDE TAMBÉM DEPENDE DE TI”.....	105
3.6.1.	Caracterização sumária da intervenção.....	105
3.6.2.	Objetivos gerais do programa.....	108
3.6.3.	Sessões e estratégias.....	109
3.6.4.	Metodologia.....	111
3.6.5.	Processo de construção e validação.....	111
3.6.6.	Implementação.....	112
3.7.	RECOLHA DE DADOS.....	113
3.8.	TRATAMENTO DE DADOS.....	114

**CAPITULO IV - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ..... 117**

4.1.	INTRODUÇÃO.....	117
4.2.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS GERAIS.....	118
4.3.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS POR CONTEÚDO.....	120
4.3.1.	Cavidade Oral.....	120
4.3.2.	Aparelho Digestivo.....	126
4.3.3.	Aparelho Respiratório.....	130
4.3.4.	Aparelho Circulatório.....	134
4.3.5.	Pele.....	139
4.3.6.	Aparelho Urinário.....	144
4.3.7.	Aparelho Reprodutor.....	148

<b>CAPITULO V - CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES .....</b>	<b>153</b>
5.1. INTRODUÇÃO.....	153
5.2. CONCLUSÕES DA INVESTIGAÇÃO .....	153
5.2.1. Conhecimentos prévios dos alunos sobre comportamentos de risco e protetores relativos à saúde.....	154
5.2.2. Eficácia da intervenção pedagógica: “A saúde também depende de ti”, na promoção de conhecimentos favoráveis a um estilo de vida saudável. ....	157
5.2.3. Conclusões Gerais .....	169
5.3. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA AUMENTAR A EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE .....	171
5.4. SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES .....	173
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>175</b>
<b>LEGISLAÇÃO .....</b>	<b>187</b>
<b>ENDEREÇOS ELETRÓNICOS .....</b>	<b>189</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>191</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>193</b>

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACCS	– Administração Central do Sistema de Saúde
AVVP	– Anos De Vida Potenciais Perdidos
CDC	– Centers for Disease Control and Prevention
CRAN	– Centro Regional de Alcoologia do Norte
DEB	– Departamento Ensino Básico
DGIDC	– Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular
DGS	– Direção-Geral de Saúde
EPS	– Educação para a Saúde
FNUAP	– Fundo das Nações Unidas para a População
GTES	– Grupo de Trabalho de Educação Sexual/Saúde
HBSC	– Health Behaviour in School-aged Children
IDT	– Instituto da Droga e Toxicodependência
INE	– Instituto Nacional de Estatística
INS	– Inquérito Nacional de Saúde
INSA	– Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PNSE	– Programa Nacional de Saúde Escolar
SIDA	– Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SPSS	– Statistical Package for the Social Science
UNESCO	– United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
VIH	– Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO	– World Health Organization

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Constituição da amostra do estudo <i>quasi</i> -experimental, por sexo.....	100
<b>Tabela 2</b> - Constituição da amostra do estudo, por sexo e grupo.....	100
<b>Tabela 3</b> - Pontuação média, por aluno, obtida pelos grupos experimental e de controlo em cada um dos itens do pré e do pós-teste .....	115
<b>Tabela 4</b> - Pontuação média, por aluno, obtida pelos grupos experimental e de controlo nos conhecimentos relativos à cavidade oral.....	117
<b>Tabela 5</b> - Comportamentos de risco e protetores referidos pelos alunos do grupo experimental e de controlo sobre a cavidade oral (%) .....	119
<b>Tabela 6</b> - Pontuação média, por aluno, obtida pelos grupos experimental e de controlo nos conhecimentos relativos aos cuidados com o aparelho digestivo.....	123
<b>Tabela 7</b> - Comportamentos de risco e protetores referidos pelos alunos do grupo experimental e de controlo sobre o aparelho digestivo (%) .....	124
<b>Tabela 8</b> - Pontuação média, por aluno, obtida pelos grupos experimental e de controlo nos conhecimentos relativos aos cuidados com o aparelho respiratório.....	127
<b>Tabela 9</b> - Comportamentos de risco e protetores referidos pelos alunos do grupo experimental e de controlo sobre o aparelho respiratório (%) .....	128
<b>Tabela 10</b> - Pontuação média, por aluno, obtida pelos grupos experimental e de controlo nos conhecimentos relativos aos cuidados com o aparelho circulatório .....	131
<b>Tabela 11</b> - Comportamentos de risco e protetores referidos pelos alunos do grupo experimental e de controlo sobre o aparelho circulatório (%) .....	132
<b>Tabela 12</b> - Pontuação média, por aluno, obtida pelos grupos experimental e de controlo nos conhecimentos relativos aos cuidados com a pele.....	136
<b>Tabela 13</b> - Comportamentos de risco e protetores referidos pelos alunos do grupo experimental e de controlo sobre a pele (%).....	137
<b>Tabela 14</b> - Pontuação média, por aluno, obtida pelos grupos experimental e de controlo nos conhecimentos relativos aos cuidados com o aparelho urinário .....	141

<b>Tabela 15</b> - Comportamentos de risco e protetores referidos pelos alunos do grupo experimental e de controlo sobre o aparelho urinário (%) .....	142
<b>Tabela 16</b> - Pontuação média, por aluno, obtida pelos grupos experimental e de controlo nos conhecimentos relativos aos cuidados com o aparelho reprodutor .....	145
<b>Tabela 17</b> - Comportamentos de risco e protetores referidos pelos alunos do grupo experimental e de controlo sobre o aparelho reprodutor (%) .....	146

## **ÍNDICE DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> – Sumário do estudo desenvolvido na investigação .....	96
<b>Quadro 2</b> - Amostra .....	99
<b>Quadro 3</b> - Questionários .....	102
<b>Quadro 4</b> - Fases e objetivos do modelo de ensino orientado para a mudança conceptual desenvolvido por Duarte (1992) .....	106
<b>Quadro 5</b> - Sessões e estratégias do programa “A saúde também depende de ti” .....	107

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b> – Determinantes de Saúde .....	45
<b>Figura 2</b> – Sequência de “passos” subjacentes ao estudo .....	93



# **CAPÍTULO I**

## **CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E APRESENTAÇÃO DO ESTUDO**

### **1.1. INTRODUÇÃO**

No 2.º ciclo do Ensino Básico, nomeadamente, no 6.º ano de escolaridade, são diversos os conteúdos sobre a morfologia e fisiologia do corpo humano, onde são incluídos alguns cuidados básicos inerentes aos aparelhos abordados. No entanto, existem vários estudos que demonstram que os professores orientam a sua prática, sobretudo, recorrendo aos manuais escolares (Duarte, 1999; Gavidia, 2003) e uma análise do seu conteúdo, sendo professora do referido ano, permite-me concluir que estes não abordam com a profundidade que seria desejável, para o nível de ensino supramencionado, os cuidados de saúde, não enfatizando uma importante vertente de promoção da saúde. Por estas razões, pensamos que não é facilitada uma aprendizagem significativa dos cuidados básicos de saúde, favorecendo a prevenção de doenças.

Deste modo, parece-nos necessário o desenvolvimento de um eficaz plano de educação para a saúde de forma a capacitar as crianças e jovens a fazerem escolhas mais informadas e adequadas, para que se verifique a prática de comportamentos que promovam a saúde do indivíduo, das famílias e das comunidades. A escola tem de cumprir a sua função, devendo desenvolver nos indivíduos competências que lhes permitam uma perfeita integração na sociedade, de modo a conseguirem responder assertivamente aos desafios que lhes são colocados (Calafat & Munar, 1999) e estes desafios também incluem uma capacitação individual de manutenção da saúde.

Como tal, decidimos elaborar uma intervenção pedagógica de educação para a saúde denominada “A saúde também depende de ti”, destinada a alunos do 6.º ano de escolaridade, integrada na disciplina de ciências da natureza, com o intuito de tornar os alunos mais aptos a promoverem, eles próprios, hábitos de vida mais saudáveis, que valorizem a sua própria saúde, e a dos que lhes são mais próximos e tomem atitudes mais conscientes.

Esta intervenção foi desenvolvida indo ao encontro das modernas teorias sobre a implementação da Educação para a Saúde (EpS) na escola, de Gavidia e Rodes (1996 cit. por Precioso, 2001b, p.243) e baseou-se, ainda, nas recomendações da Organização Mundial de

Saúde (OMS) para a promoção da saúde, na Teoria de Ação Racional de Ajzen e Fishbein (1980), no Modelo Racional ou Informativo, inspirou-se, no Modelo de Crenças de Saúde (MCS) (Mas et al., 1997) e num Modelo de Ensino Orientado para a Mudança Conceptual proposto e testado por Duarte (1992).

Previamente à elaboração e implementação do programa “A saúde também depende de ti”, consideramos importante diagnosticar os conhecimentos dos alunos sobre comportamentos que promovem um estilo de vida saudável e, com base nessa diagnose, construímos um programa que permitisse a sua melhoria. Após a sua implementação, a questão que se impõe é saber qual a eficácia do programa na melhoria dos conhecimentos dos alunos relativamente a estilos de vida saudáveis.

Na continuação deste trabalho, daremos conta das etapas da investigação desenvolvida, designadamente, a contextualização do estudo (1.2), o problema (1.3), os objetivos (1.4), a justificação da escolha do tema (1.5), as limitações inerentes à investigação (1.6) e a estrutura da dissertação (1.7).

## **1.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO**

### **1.2.1. Saúde**

Num passado ainda recente, “saúde” era um conceito definido como o estado biológico de ausência de doença ou invalidez.

Apesar de todos os esforços, não é possível encontrar uma só definição de saúde, universalmente aceite, pois é um conceito difícil de objetivar, difícil de “medir”. No entanto, existem várias perspetivas de saúde mais ou menos consensuais. A OMS definiu a saúde como o “estado de completo bem-estar, físico, mental e social” e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1978). Embora esta seja uma definição amplamente usada e difundida por muitos especialistas na área da educação e saúde, sofre várias críticas dado o seu carácter utópico, por se entender que é difícil alguém chegar a esse estado, a um completo bem-estar, e por ser vaga, gerando confusão entre os conceitos de saúde e bem-estar, uma vez que uma pessoa pode sentir-se bem e não ter saúde.

Na perspetiva de Bolander (1998, p. 32-34), a saúde pode ser caracterizada segundo quatro planos: epidemiológico, ecológico, sociológico e consumista. No plano epidemiológico, “é

um estado no qual o hospedeiro permanece resistente aos agentes patogénicos do ambiente”, no plano ecológico, “é o resultado duma relação harmoniosa entre os indivíduos e o seu ambiente”, no plano sociológico, “é a conformidade com aquele estado físico ou comportamental que é considerado normal (ou, em termos estatísticos, modal) dentro de um determinado grupo” e, no plano consumista, é um “recurso ou investimento que pode ser adquirido”. Atendendo a esta perspetiva, podemos considerar o conceito de saúde de um modo amplo, segundo quatro dimensões diferentes.

### **1.2.2. Estilos de Vida**

Ao longo da história da humanidade, é possível verificar que o Homem procurou sempre suavizar os efeitos do meio que o envolve, numa tentativa de tornar o seu dia a dia mais cómodo, mais acessível e de menor risco para a sua existência. Contudo, com os progressivos avanços que o mundo moderno nos proporciona, estamos perante o agravamento de alguns factos, impostos pelos estilos de vida que adotamos.

Hoje em dia, o estilo de vida é considerado como um conjunto de comportamentos e atitudes que têm um grande impacto nos níveis de saúde das pessoas.

Apesar da descrição de um estilo de vida saudável não ser fácil, nem haver uma receita única, sabemos que existem um conjunto de orientações que nos permitem conhecer condutas que implicam riscos para a saúde como, por exemplo, o ato de fumar; e condutas que a favorecem como fazer uma alimentação equilibrada. Deste modo, podemos considerar como um estilo de vida saudável aquele que permite a manutenção da saúde e que, no seu conjunto, permite uma boa qualidade de vida e é menos propenso ao aparecimento de doenças e incapacidades.

Apesar do estado de saúde das pessoas e das comunidades não estar meramente relacionado com o estilo de vida, mas também com outros fatores como a hereditariedade, o meio ambiente (social e natural) e o sistema de saúde (cobertura, acessibilidade e eficácia) (WHO, 1998a; Sanmarti, 1988), o estilo de vida adotado em países desenvolvidos, segundo vários estudos epidemiológicos, é um dos principais fatores que mais influencia a saúde das populações (Sanmarti,1998). Contudo, considerando que a hereditariedade não é passível de alteração, apenas de minimização dos seus efeitos, é importante apostar na alteração de estilos de vida, uma vez que é algo que depende dos recursos e da vontade individual. Como referem

Calafat e Munar (1999), nas sociedades atuais, acima dos fatores biológicos, surgem os estilos de vida como os principais determinantes da saúde, os quais dependem exclusivamente da vontade individual, sendo que é sobre ela que a educação pode atuar contribuindo para a mudança social.

### **1.2.3. Determinantes de Saúde relacionados com o estilo de vida.**

Para além do significado do conceito de saúde e de estilos de vida saudáveis, é importante conhecer os fatores que determinam a saúde e compõem um estilo de vida saudável, pois só quando se conhecem os fatores que, direta ou indiretamente, estão relacionados com o comportamento presente e futuro dos adolescentes, e que vão influenciar o seu estado de saúde, se pode intervir mais eficazmente.

Num estilo de vida podemos identificar dois tipos de comportamentos: os comportamentos de risco, que são aqueles que fazem aumentar a probabilidade de ocorrência de problemas de saúde, e os comportamentos protetores ou salutogénicos, que representam as condutas que aumentam a probabilidade de assegurar, melhorar ou recuperar o estado de saúde.

Alguns indicadores do estilo de vida que determinam o estado de saúde, e mais comumente referidos, são o tabagismo, o exercício físico, a alimentação e o alcoolismo, coincidindo com algumas das áreas prioritárias definidas no Despacho n.º 15.987/2006, no âmbito da Educação para a Saúde, a saber: a alimentação e a atividade física; o consumo de substâncias psicoativas; a sexualidade; as infeções sexualmente transmissíveis, designadamente, VIH-Sida e a violência em meio escolar.

São estes alguns dos indicadores que nos alertam para a ausência de estilos de vida saudáveis e sobre os quais é necessário intervir. A alimentação, por exemplo, para além de ser uma necessidade fundamental do ser humano, é um dos elementos do estilo de vida mais determinante no estado de saúde das pessoas. A importância de uma boa alimentação, em todas as fases do ciclo de vida, é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998a). Como poderemos verificar numa fase posterior desta dissertação, aquela constitui um contributo fundamental ao prevenir inúmeras patologias e o sofrimento humano que as acompanha.

Associado a hábitos alimentares incorretos, no final do século XX, a obesidade tornou-se num dos maiores problemas de saúde pública e é agora considerada pela OMS como a grande epidemia do século XXI. A prevalência do excesso de peso e obesidade na infância e adolescência tem vindo a aumentar, em todo o mundo, a um ritmo preocupante, e Portugal não é exceção. Portugal e outros países do Sul da Europa evidenciam valores de excesso de peso nas crianças entre os 7-11 anos que já ultrapassam os 30% e em crianças portuguesas dos 3 aos 6 anos já foi evidenciado 23,6% de excesso de peso, mostrando que esta conjuntura começa cedo, agravando-se com a idade (Rito e Breda, 2006).

Efetivamente, o excesso de peso e obesidade são grandes fatores de risco para doenças cardiovasculares que constituem, segundo a OMS, a primeira causa de morte no mundo, cerca de 13 milhões e meio de mortes por ano.

A agravar a deterioração dos hábitos alimentares há ainda um conjunto de fatores que influem no estado da nossa saúde como, por exemplo, a diminuição da atividade física, em consequência das tarefas profissionais sedentárias, e excessivo uso dos transportes motorizados, assim como o recorrente consumo de substâncias, sendo que as consumidas em maior quantidade são o álcool, a nicotina e a cafeína.

Segundo dados estatísticos de 2005/2006, a maioria da população residente em Portugal, que referiu fumar diariamente, tinha começado esse comportamento entre os 15 e os 19 anos de idade (55,6%). Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, entre 1999 e 2005, registou-se um aumento da proporção de consumo de bebidas alcoólicas entre os residentes de Portugal continental, sendo que em 2005 esse valor era de 53,8% (INSA & INE, 2009).

Associado ao consumo de substâncias como o tabaco, o álcool e outras drogas, surgem inúmeras patologias que comprometem a saúde dos indivíduos. O consumo de tabaco é responsável por várias doenças, ao nível do aparelho respiratório, cardiovascular, digestivo e excretor; o consumo de álcool agrava problemas como a hipertensão, pode causar cirrose e inflamação no pâncreas e aumenta a probabilidade de acidentes rodoviários, de trabalho e domésticos. Já o consumo de outras drogas pode levar a uma completa degradação física e psicológica do indivíduo (Phipps, Sands & Marek, 2003).

Por conseguinte, sabemos que uma alimentação equilibrada e correta, aliada à prática regular de exercício físico e o não consumo de substâncias como tabaco, álcool ou drogas são alguns dos comportamentos que, em muito, protegem e mantêm a integridade física do nosso organismo e permitem uma maior longevidade.

#### **1.2.4. Determinantes de estilos de vida**

Como constatamos anteriormente, existem diversos fatores que influenciam o estado de saúde dos indivíduos, sendo que os comportamentos que determinam um estilo de vida são muitas vezes influenciados por um conjunto de ambientes com os quais os indivíduos se relacionam.

Segundo Mendonza, Pérez e Foguet (1994) os estilos de vida de um indivíduo, onde se incluem atitudes e comportamentos de saúde, são determinados por quatro grupos de fatores em interação entre si. São eles:

- as características individuais, *fatores biológicos e psicológicos*, como a personalidade, o interesse, a educação recebida, entre outros;
- o *ambiente microssocial* em que o indivíduo se desenvolve, como a sua família, o grupo de pares e a escola ou o trabalho;
- o *ambiente macrossocial*, que molda os anteriores, onde estão incluídos os meios de comunicação, a influência dos grupos económicos, a cultura dominante na sociedade, o sistema social, entre outros;
- e os *fatores ambientais*, onde se incluem, por exemplo, os recursos e os perigos naturais, a produtividade dos solos e a capacidade turística.

A perspetiva destes autores demonstra a complexidade da etiologia dos comportamentos humanos e remete-nos para a necessidade de se atuar globalmente, em todos os domínios da vida humana, para que se repercuta em mudanças efetivas de comportamento.

Muito embora pouco se possa atuar sobre o património genético, já nos fatores microssociais, macrossociais e ambientais pode-se agir positivamente, com especial atenção para os comportamentos das pessoas.

#### **1.2.5. Educação para a Saúde**

Atualmente, a interligação de educação e saúde é cada vez mais aceite como uma “fórmula integradora do processo de crescimento dos seres humanos e de desenvolvimento sustentável das comunidades” (Antunes, 2008, p.47). Como refere a mesma autora, viver com saúde é objeto de aprendizagem, uma vez que os conhecimentos que as pessoas e comunidades detêm permitem evitar, controlar e melhorar muitos problemas de saúde.

Segundo Antunes (2008, p. 60) “a educação/promoção de saúde é entendida como um conjunto diversificado de procedimentos que permitem às pessoas aumentarem as suas capacidades, não só para exercerem um maior controlo sobre a sua saúde, mas sobretudo para melhorá-la”.

Os comportamentos têm consequências sobre a saúde, pelo que a adoção de condutas adequadas, de modo a conservá-la, pode conseguir-se através da Educação para a Saúde (Calafat & Munar, 1999). Assim sendo, pretende-se dotar os indivíduos de capacidades que permitam mudanças de comportamento positivas, no sentido de controlarem os fatores determinantes da saúde (Antunes, 2008).

No entanto, para que vingue uma eficaz promoção de comportamentos saudáveis, antes de mais, é necessário ter em consideração uma multiplicidade de fatores, indicados nos pontos anteriores, e atuar de forma integrada sobre eles, pois não é suficiente interagir com as pessoas quando as causas microssociais, macrossociais e ambientais, que levam a uma determinada conduta, permanecem.

Apesar de os comportamentos, em geral, terem uma etiologia muito complexa, podemos dizer que os primeiros hábitos se adquirem em casa, por influência dos familiares mais diretos, sendo deste modo importante um envolvimento da família na educação para a saúde, pois “a família é o espaço emocional privilegiado para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis” (Sampaio et al., 2007, p.7). Posteriormente, a escola assume grande relevo ao desempenhar um papel crucial no reforço ou correção desses hábitos.

Neste sentido, a Educação para a Saúde (EpS) pode representar um importante papel ao motivar e ensinar os cidadãos a escolher as opções mais saudáveis na sua vida quotidiana (Mendonza, 1999), pois mais do que informar e instruir, aquela “visa desenvolver em cada um as capacidades necessárias para, com base nos conhecimentos adquiridos e interiorizados, fazer as suas opções no sentido de conservar e/ou melhorar o seu nível de saúde” (Antunes, 2008, p.61).

### **1.2.6. Educação para a Saúde na Escola**

Sabendo que a educação e a saúde são partes integrantes do processo de crescimento dos seres humanos e de desenvolvimento das comunidades (Antunes, 2008), é importante que aconteçam em todos os contextos de vida dos indivíduos, com especial enfoque na escola. Com

efeito, a escola é um local de referência na vida dos adolescentes, quer por todas as crianças de um país passarem pelo sistema de ensino (Sanmarti, 1988), quer por viverem a maior parte das horas dos seus dias, cerca de 2/3 do seu tempo, neste local (Kuntsche & Jordan, 2006). Para além destes dois fatores, diversas investigações mostram que a raiz do nosso comportamento se situa na infância e na adolescência (Sanmarti, 1988), mas é também nesta fase da vida que estamos mais recetivos à mudança e aquisição de hábitos (Sanmarti, 1988; Mendoza et al., 1994; Gavidia, 2003). Por estas razões, e por ser também na escola que se encontram profissionais qualificados para abordar temas de saúde (Mendoza, 1999), aquela é um local privilegiado para se atuar no sentido de promover a adoção de comportamentos saudáveis e abordar temas de saúde.

O Ministério da Educação definiu alguns temas transversais às diversas áreas disciplinares que devem ser abordados na escola, um dos quais é a educação para a saúde e o bem-estar, do qual fazem parte a educação alimentar, a educação sexual e a educação para a prevenção de situações de risco pessoal (DEB, 2001c).

Segundo o Despacho n.º 15.987/2006, a promoção da saúde em meio escolar é uma ação que envolve um permanente desenvolvimento e tem o propósito de contribuir para a aquisição de competências por parte da comunidade escolar que permitam “*fazer escolhas individuais conscientes e responsáveis, estimulando um espírito crítico e construtivo*”.

Neste sentido, a finalidade da Educação para a Saúde na escola é incutir nos alunos conhecimentos, mas também atitudes e hábitos positivos de saúde, que favoreçam o seu crescimento, desenvolvimento, bem-estar e prevenção de doenças evitáveis (Sanmarti, 1988), dotando-os de capacidades para fazerem escolhas conscientes, adotarem um estilo de vida saudável, preparando-os, assim, para quando saírem da escola serem capazes de fazer escolhas saudáveis, responsabilizando-se pela sua própria saúde.

Assim, a escola, “tem um papel importante, influente e determinante no ambiente social, contribuindo para o desenvolvimento do sentimento de identidade e autonomia desses mesmos adolescentes” (Sampaio et al., 2007, p. 8). Não obstante o campo de ação da Educação para a Saúde abranger toda a comunidade, é principalmente para os alunos que se deve dirigir, tornando-os capazes de cuidar da sua saúde e desenvolvendo todas as suas potencialidades físicas, mentais e sociais (Precioso, 2004a).

Gavidia e Rodes (1996 cit. por Precioso, 2001b, p.243), defendem que uma das vias mais importantes para implementar a EpS nas escolas é “a “infusão” de tópicos de saúde em

todas as disciplinas, sobretudo na de ciências naturais (mas não só), o tratamento como área transversal”, sendo a Educação para a Saúde entendida como um complemento dos temas disciplinares, ao incluírem-se alguns conceitos e procedimentos de saúde sempre que seja oportuno. Por exemplo, na abordagem do tema da alimentação, englobar conceitos de alimentação saudável e formas de conservação e higiene dos alimentos. Esta perspectiva mais ampla da EpS permite um envolvimento de quase todos os professores e grupos disciplinares e uma coordenação das diferentes áreas. Os mesmos autores referem que esta infusão de temas de saúde com outras áreas curriculares se dá quando os professores estão conscientes da importância da EpS e a incluem na área de conhecimento da sua disciplina.

O tratamento da EpS como uma área transversal supõe que a maior parte das áreas do conhecimento participem e se envolvam no seu tratamento. Pretende-se, assim, que as disciplinas mantenham a sua estrutura curricular, mas que incorporem a saúde nos seus objetivos e conteúdos, sempre que oportuno. Pretende-se uma mudança metodológica, na qual a saúde incorpore o ato didático e se conjugue o saber escolar com o saber quotidiano necessário para enfrentar os problemas de saúde da vida diária (Gavidia e Rodes, 1996).

Assim sendo, é possível uma maior profundidade na abordagem aos temas de saúde, pois estes são incluídos e tratados em várias disciplinas, por diferentes professores e com uma certa continuidade, uma vez que os temas são referidos com maior frequência.

Atualmente, as principais dificuldades a ultrapassar, para que isto se verifique, prendem-se com a falta de um currículo transversal de saúde, com a extensão dos currículos disciplinares que tiram margem de manobra para abordar alguns temas transversais e com a falta de formação e sensibilização dos professores.

Atendendo ao exposto, consideramos que a família e a escola devem ter uma ação concertada no sentido da promoção da saúde, pois a infância e a adolescência são fases da vida muito importantes para o estabelecimento de hábitos saudáveis que muitas vezes irão perdurar pela vida inteira (Santos, 1999; Mendonza et al., 1994).

### **1.3. O PROBLEMA**

Quais os conhecimentos dos alunos do 6.º ano de escolaridade, das escolas do 2.º ciclo do ensino básico, sobre saúde e qual a eficácia de uma intervenção pedagógica para a promoção de conhecimentos favoráveis a estilos de vida saudáveis?

#### **1.4. OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO**

Sabendo que o Ministério da Educação contempla a integração das áreas prioritárias relacionadas com a Promoção e Educação para a Saúde no projeto educativo de todas as escolas, e que esta abordagem deve ser efetuada nas diversas disciplinas ou áreas curriculares, de forma transversal, e nas áreas curriculares não disciplinares, de forma sistematizada, parece pertinente analisar que conhecimentos gerais, sobre saúde, os alunos do 6.º ano de escolaridade possuem, bem como a eficácia de uma intervenção pedagógica relacionada com a saúde.

Na sequência deste objetivo mais geral, procurar-se-á atingir os seguintes objetivos:

Diagnosticar os conhecimentos prévios dos alunos do 6.º ano de escolaridade sobre comportamentos salutogénicos e de risco para a sua saúde;

Identificar os comportamentos que os alunos consideram mais importantes na promoção da saúde;

Determinar a eficácia de uma intervenção pedagógica transversal à área curricular disciplinar de ciências da natureza, na promoção de conhecimentos favoráveis a um estilo de vida saudável.

#### **1.5. IMPORTÂNCIA DO ESTUDO**

É durante a infância e posteriormente na fase da pré-adolescência e adolescência que os alunos moldam a sua personalidade, iniciam algumas escolhas e adquirem determinados hábitos. Há uma influência educativa do seu meio familiar, da escola e do seu grupo de pares, pelo que os jovens adotam comportamentos em função do seu grupo de pertença e do meio onde estão inseridos. É nesta fase da vida que estão também mais vulneráveis aos efeitos das estratégias de marketing que incentivam o consumo e onde os hábitos pouco saudáveis são enraizados; porém, tanto a infância como a adolescência são também “os momentos mais apropriados para acolher e adotar novos modelos de vida” (Gavidia, 2003, p.276).

Os estilos de vida são determinantes para a saúde de um indivíduo e desenvolvem-se desde a infância, considerando-se o intervalo entre os 12 e os 15 anos as idades críticas para iniciar alguns comportamentos de risco como, por exemplo, o consumo de drogas, pelo que é

recomendável o tratamento pedagógico deste assunto em contexto escolar (Calafat & Munar, 1999).

No entanto, a droga não é hoje a única dimensão que tem de ser considerada na escola, sendo diversas as áreas onde é necessário intervir. O GTES (Grupo de Trabalho de Educação Sexual) reforça a relevância e necessidade da obrigatoriedade da promoção da educação para saúde nos estabelecimentos de ensino desde o 1º ano de escolaridade até ao final do ensino secundário, fazendo parte do Projeto Educativo de cada escola, devidamente adaptado à realidade de cada estabelecimento de ensino, e contemplando as quatro áreas fundamentais já referidas anteriormente (Sampaio et al., 2007).

Consideramos crucial que a intervenção ao nível da educação para a saúde seja cada vez mais precoce, pois também o são os comportamentos de risco que os jovens adotam. Enquanto professora do ensino básico, observo que, apesar da sua tenra idade, os alunos já possuem diversos comportamentos prejudiciais à sua saúde, tornando-se frequentemente inveterados, com carácter de normalidade nas suas vidas e cada vez mais difíceis de alterar. A escola, a par da transmissão de conhecimentos, organizados em diversas disciplinas, deve também “educar para os valores, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, num processo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e promovam a autonomia”, tal como é referido no Despacho n.º 12.045/2006 que regulamenta o Programa Nacional de Saúde Escolar.

A frequência do 2.º ciclo do ensino básico coincide, habitualmente, com a puberdade e o início da adolescência, fase crucial no desenvolvimento do aluno, onde devem ser abordados vários temas de promoção da saúde, nomeadamente, no 6.º ano de escolaridade que é, por excelência, um ano decisivo e importante, quer por representar o final de ciclo, onde será dado um “salto escolar” significativo, quer pelo facto de os conteúdos de ciências da natureza serem um importante elo de ligação com diversos temas de educação para a saúde, contextualizados com o currículo escolar, o que permite um trabalho integrado e multidisciplinar. Cremos que esta articulação entre os conteúdos programáticos de ciências da natureza e um programa de educação para a saúde seria considerável e de uma maior eficácia.

Acreditamos que os malefícios individuais e coletivos oriundos de maus hábitos justificam que se melhorem os meios existentes e se encontrem outros alternativos, no sentido de os erradicar, dando cumprimento ao objetivo enumerado na Constituição da OMS (WHO,1948) “realização para todas as pessoas do melhor nível possível de saúde”. Deste modo,

é importante continuar a investir na procura e desenvolvimento de novas vias para a promoção de hábitos saudáveis e/ou alteração de comportamentos desfavoráveis à saúde.

Assim, pensamos que este estudo pode ser um contributo, ainda que modesto, para se intervir na resolução de alguns dos problemas relacionados com a saúde dos jovens portugueses, que são consequência de comportamentos inadequados e de risco.

Em face da variabilidade regional de conhecimentos, que podem influenciar diferentes comportamentos existentes no nosso país, consideramos que é necessário diagnosticar a nível local os conhecimentos relacionados com a saúde que os jovens possuem, para verificar/avaliar até que ponto são ou não adequados. Daí que tenhamos julgado pertinente realizar um levantamento à escala local para detetar os conhecimentos dos alunos relativamente à adoção de um estilo de vida saudável.

Com base no conhecimento dos hábitos de saúde dos alunos e posterior implementação/intervenção e avaliação de um programa de estilos de vida saudáveis, poderá ser possível identificar fatores que contribuem para aumentar a efetividade de promoção da saúde.

Pensamos que se justifica a construção e avaliação de um programa de promoção de estilos de vida saudáveis, para o 2.º ciclo do ensino básico, por não termos conhecimento de nenhum programa de prevenção elaborado nesta área e para este nível de ensino. Apenas temos conhecimento de um semelhante elaborado para o 3.º ciclo do ensino básico, o que não nos permite comparações por se destinar a alunos com maior grau de escolaridade. Este programa preventivo, que incorpora um conjunto de atividades desenhadas com vista a promover uma vida saudável, depois de corretamente revisto e avaliado, poderá ser melhorado com o intuito de melhor adequarmos a sua estrutura aos seus destinatários e permitir uma efetiva melhoria nos conhecimentos dos alunos.

A Organização Mundial de Saúde refere-se à importância da seleção de bons métodos educacionais e respetivos materiais, para a efetiva promoção da saúde, enfatizando aqueles que produzem conhecimento, influenciam atitudes, habilidades, etc., criando condições adequadas para a aquisição de comportamentos de saúde adequados (WHO, 1998a).

Por todos os motivos descritos até ao momento, e pelo interesse que o tema nos suscita, pensamos que se justifica este trabalho.

## **1.6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

O presente trabalho, tal como sucede em qualquer investigação, possui algumas limitações inerentes ao tempo disponível, à própria amostra selecionada e aos processos empregues no tratamento de dados.

A principal limitação que encontramos na investigação desenvolvida foi o tempo definido para a sua concretização, o qual, sendo limitado, exigiu um enorme esforço para a sua realização, podendo ser a explicação para algumas falhas que o mesmo possa incorporar.

Associado ao tempo limitado houve a necessidade de restringir a amostra a seis turmas do 6.º ano de escolaridade, com a respetiva colaboração dos professores de ciências da natureza (quatro professores). No entanto, no final da investigação, a amostra em estudo foi de apenas quatro turmas. O motivo desta redução prende-se com o facto de numa das turmas haver problemas na disponibilização de tempo para ser efetuada a intervenção e noutra turma existirem falhas na entrega dos testes, imprescindíveis na investigação, por parte de um dos professores colaboradores. Consequentemente, sendo a nossa amostra constituída por quatro turmas, o presente estudo não permite uma generalização das conclusões obtidas.

Consideramos, ainda, a existência de um fator limitativo importante, mas difícil de contornar, que se relaciona com a entrega dos testes/questionários aos alunos. Uma vez que a investigação pretende relacionar os dados obtidos em dois momentos distintos (pré-ensino e pós-ensino) e se procura verificar a evolução dos conhecimentos dos alunos entre estes dois momentos, houve a necessidade de incluir a identificação do aluno nos testes/questionários, condição indispensável ao emparelhamento de dados. Reconhecemos que tal identificação possa ser considerada uma limitação, uma vez que poderá ter condicionado, de alguma forma, as respostas dos alunos.

Na análise de dados, as limitações foram também sentidas aquando da análise dos questionários entregues aos alunos, dada a subjetividade inerente às suas respostas. A investigadora, contudo, tentou utilizar estratégias para minimizar essa subjetividade, definindo categorias de respostas comuns entre grupos.

## **1.7. PLANO GERAL DA DISSERTAÇÃO**

A dissertação encontra-se organizada em 5 capítulos, versando cada um deles sobre variados aspetos.

O primeiro capítulo tem como objetivo fazer uma apresentação e breve contextualização do trabalho desenvolvido, sendo para isso efetuada, inicialmente, uma contextualização teórica da investigação, o problema, os objetivos a que nos propusemos, a importância do tema de investigação e naturais limitações subjacentes à mesma, terminado com o plano geral da dissertação.

No segundo capítulo, referente à revisão de literatura, apresentam-se algumas fundamentações teóricas, que se relacionam com a temática deste trabalho.

O terceiro capítulo é referente à metodologia seguida ao longo da investigação e tem como principal propósito a sua descrição e justificação. Inicialmente, faz-se uma descrição do estudo, identifica-se a população e respetiva amostra, as técnicas e os instrumentos de recolha de dados, a caracterização da intervenção efetuada e finaliza-se, nas duas últimas secções, com os planos de recolha e tratamento dos dados.

No quarto capítulo, de acordo com os objetivos definidos, são apresentados e discutidos os resultados obtidos.

No quinto capítulo apresenta-se uma síntese das conclusões decorrentes da investigação e são discutidas e analisadas as implicações educacionais dos resultados obtidos. Por último, são realizadas algumas sugestões e recomendações para futuras investigações.

Esta dissertação é finalizada com duas secções, uma destinada às referências bibliográficas de todas as publicações, artigos, legislação e endereços eletrónicos mencionados e consultados, e outra, composta pelos anexos, onde se incluem alguns dos documentos mais relevantes.

## **CAPITULO II**

### **REVISÃO DE LITERATURA**

#### **2.1. INTRODUÇÃO**

Ao longo do presente capítulo é efetuada uma revisão da literatura inerente à investigação efetuada, de forma a permitir o seu enquadramento teórico.

Neste sentido, após a introdução, inicia-se com uma revisão sobre os adolescentes e a adolescência (2.2), importante na caracterização da população em estudo, e a saúde e a sua promoção (2.3), uma vez que o tema da mesma versa sobre as questões de saúde. Seguidamente, abordamos os estilos e a qualidade de vida (2.4), os fatores determinantes da saúde e de estilos de vida (2.5), os principais comportamentos de risco e salutogénicos para a saúde (2.6) e a prevalência dos determinantes de saúde relacionados com os estilos de vida na população portuguesa (2.7).

No ponto 2.8 aborda-se a educação para a saúde, a sua importância e a influência de diversos contextos na educação para a saúde dos alunos, nomeadamente, a influência educativa da família, da escola, do grupo de pares e dos meios de comunicação.

Por fim, apresentamos alguns modelos de educação para a saúde (2.10) que orientaram a intervenção pedagógica realizada.

#### **2.2. ADOLESCENTES E ADOLESCÊNCIA**

##### **2.2.1. Desenvolvimento físico, psíquico e social**

A adolescência é o período de desenvolvimento humano que medeia a infância e a fase adulta. Alguns autores delimitam a fase da vida em que ocorre, no entanto, Campos (1975) refere que se deve *reconhecer que qualquer tentativa de fixar datas específicas para este desenvolvimento físico é improcedente, pois a idade cronológica, geralmente, é um indicador falho da idade biológica.*

Devemos ter em consideração que o desenvolvimento humano, principalmente o desenvolvimento físico na fase da adolescência, é variável de indivíduo para indivíduo, e em ambos os sexos, seja devido a “fatores genéticos e biológicos, nutrição, exercício, gordura

corporal, doenças crónicas, *stress*, ambientes tóxicos e estatuto socioeconómico” (Veloso et al., 2009, p.33), o que dificulta a estandardização das idades para todos os indivíduos, dadas as *grandes diferenças individuais que caracterizam este período de desenvolvimento* (Campos, 1975). No entanto, existem vários autores que delimitam o período em que esta fase ocorre.

Comummente se encontram autores que definem a entrada na adolescência, em termos fisiológicos, com o atingir da puberdade, ocorrendo, hoje, mais precocemente que há quinze anos, situando-se por volta dos 10-13 anos de idade (Braconnier & Marcelli, 2000). A puberdade é, como refere Campos (1975), um dos aspetos biológicos relacionados com os fenómenos resultantes das transformações anátomo-fisiológicas no processo de maturação da espécie humana. Nesta fase, os jovens alcançam a maturação sexual e associada a ela ocorrem um conjunto de outras mudanças fisiológicas designadas de pubescência.

Nesta dissertação, considerando todas as especificidades do desenvolvimento individual humano, vamos considerar a definição da OMS que, na maioria dos indivíduos, situa a adolescência entre os 10 e 20 anos de idade. Do mesmo modo, o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP, 1998) considera adolescente o grupo populacional situado entre os 10 e os 19 anos de idade. A mesma organização, adota um significado diferente para o termo *juventude*, sendo que este engloba os momentos intermédios e finais da adolescência e os primeiros anos da fase madura, num período social entre os cerca de 15 e 25 anos. A população jovem é o grupo que tem entre 10 e 24 anos (FNUAP, 1998).

A adolescência é um estágio de desenvolvimento caracterizado por um conjunto de modificações, quer ao nível físico, psicológico ou até mesmo moral e social, sendo que é uma fase da vida humana que dadas as suas especificidades pode ser vivida de um modo mais ou menos turbulento, pois é “um período de abertura e de mudanças, de descoberta e de conquista (...) mas é também o tempo da dúvida, do aborrecimento e de uma expectativa impaciente, o tempo da esperança e da ilusão, e, por vezes, o da decepção.” (Braconnier & Marcelli, 2000, p.211), mas como refere Navarro (1985, cit. por Castanheira, 1989, p.20) “é um período de desenvolvimento normal em que cada indivíduo é emocionalmente instável mas simultaneamente interessado, criativo, generoso, contestatário mas com aptência para a inovação”. Contudo, esta referência à normalidade é um pouco relativa, dadas as contínuas transformações em que o mundo incorre, a sua rápida e constante evolução e onde a maturação física ocorre, hoje em dia, cada vez mais cedo, sendo que o “normal” de há uns anos atrás não será o mesmo que atualmente, como refere o mesmo autor.

Inegável e transversal a todos os indivíduos com um desenvolvimento saudável, são as modificações que o corpo começa a sofrer na fase inicial da adolescência, faixa etária em que se situam os alunos ao qual se destinou a nossa intervenção. A puberdade, fase assinalada pelo aparecimento da primeira menstruação nas raparigas e pela primeira ejaculação nos rapazes, que acontece hoje em dia mais precocemente que no século XIX, conduzindo a um aumento significativo da estatura (Matos & Sampaio, 2009), é um período onde coexistem “intensas transformações biológicas e hormonais, psicológicas e da imagem corporal” (Castanheira, 1989, p.21), onde o crescimento é rápido e o adolescente está em constante evolução e transformação.

Campos (1975) refere algumas características importantes da adolescência, especificamente na consideração que os jovens têm de si mesmos e na ideia da imagem que têm aos olhos dos outros. O corpo e os seus traços físicos são exemplos de fatores importantes na adolescência, pois “é evidente que o adolescente se interessa pelo seu corpo em mudança, não só por perceber as mutações que nele ocorrem, mas também porque está continuamente tendo consciência da impressão que causa aos outros” (Campos, 1975, p. 23).

Como referem Braconnier e Marcelli (2000, p.XXI), na fase da puberdade, os jovens sabem que o seu corpo sofrerá transformações, vão crescer, mas também aumentar o seu peso, o que se revela uma preocupação, principalmente nas adolescentes.

Paralelamente ao desenvolvimento corporal, Matos e Sampaio (2009, p.31) referem que também o cérebro adolescente sofre alterações e cresce, com alterações ao nível do córtex pré-frontal, zona na qual ocorre o controlo de emoções, “pelo que certas respostas impulsivas de alguns adolescentes podem ser consideradas sinais de imaturidade biológica”.

A acompanhar a mudança fisiológica ocorre a mudança psicológica e o “jovem adolescente sente uma intensa necessidade de romper com os desejos, os ideais, os modelos de identificação e os interesses que vêm da sua infância” (Braconnier e Marcelli, 2000, p.XXI), o jovem possui uma necessidade de afastamento dos pais, procurando novas fontes de satisfação, fora do ceio familiar, embora esse afastamento se traduza numa *distância simbólica*. Há uma necessidade de conquista do seu próprio espaço, autonomia e liberdade, sendo estes alguns dos traços dominantes da passagem da infância para a idade adulta (Castanheira, 1989).

Como evidenciado, o adolescente nesta fase da sua vida está sujeito a um conjunto de mutações, não só ao nível biológico e psicológico, mas também sociocultural, e só uma análise destas três vertentes permite uma melhor compreensão do adolescente em todas as esferas que

exercem influência sobre si. Como referem vários autores citados por Castanheira (1989, p.20), qualquer esforço efetuado para compreender o desenvolvimento social e pessoal dos adolescentes, necessita de uma abordagem multidimensional, passa pela “interligação íntima, dinâmica, e constante dos fatores biológicos, psicológicos e sociais”.

São todas estas condicionantes que são necessárias incluir no complexo processo de caracterização da adolescência, na sua compreensão e futura intervenção, pois a acrescentar às especificidades individuais de ritmos de desenvolvimento humano e a todos os fatores biológicos, existem um conjunto de determinantes socioculturais, que emergem do ambiente familiar, social e cultural onde o adolescente está inserido. Como refere Campos (1975), não se podem considerar os adolescentes somente sob o ponto de vista dos seus conflitos e processos internos, mas “devem ser considerados biossocialmente, com a devida ênfase nos sistemas de valores e pressões dos grupos que os circundam e com ênfase, às vezes, nos valores em conflito, dos múltiplos papéis que precisa assumir” (Campos, 1975, p. 30).

O adolescente está incluído num ambiente social, estabelece relações com os demais membros e estes exercem influência sobre si, muito mais presente e marcante, principalmente, na fase da adolescência, pois “a maturação social, mental e emocional que, gradativamente, ocorre no desenvolvimento individual, durante a transição para o estado adulto, é acompanhada por uma ampla variedade de definições e reações culturais” (Campos, 1975, p.27).

### **2.2.2. Relações interpessoais na adolescência**

Como referido, o adolescente está integrado em diversos ecossistemas ao longo do seu processo maturativo, dos quais fazem parte a família, a escola, o grupo de pares, entre outros, e com os quais estabelece um conjunto de relações que o moldam e desenvolvem a sua personalidade.

A criança, inicialmente, apresenta uma forte ligação com os seus pais, num mecanismo de identificação e de moldagem à sua semelhança. Identificação, como definem Braconnier e Marcelli (2000, p.56) será o “processo, geralmente, inconsciente, pelo qual o indivíduo assimila o aspeto, a qualidade, o atributo de um outro e se transforma, em parte, ou às vezes mesmo na totalidade, segundo o modelo dele”.

É inegável a força que a influência parental assume, principalmente nas crianças, e as identificações que estas fazem com os seus progenitores. Segundo Campos (1975, p. 120) “a

constelação familiar é a primeira expressão da sociedade que determina grande parte da conduta adolescente”, todavia, não se pode deixar de considerar nunca, o ambiente sociocultural em que este está inserido. O ambiente onde se insere é determinante em “novas possibilidades de identificação, futuras aceitações de identificações parciais e incorporação de elementos socioculturais e económicos que não podem ser anulados” (Campos, 1975, p. 120).

Ao longo do seu crescimento e desenvolvimento, a criança torna-se um adolescente que procura a sua autonomia e identidade própria, pois “tornar-se adolescente é também aceder progressivamente ao estatuto de sujeito, isto é, a uma definição de si, a um reconhecimento das suas próprias identificações, dos seus desejos, dos seus ideais.” (Braconnier & Marcelli, 2000, p.69). Nesta altura, a relação próxima com os progenitores tende a ser afastada e o adolescente transfere, agora, grande parte da dependência que assumia em relação aos pais para o seu grupo de amigos. Nesta fase, há um lugar de destaque para o grupo de pares, nomeadamente, as pessoas do sexo oposto. Como refere Braconnier e Marcelli (2000, p.56) “a constituição da identidade do sujeito, verdadeira imagem compósita, que também ela evolui ao longo da adolescência, apoiar-se-á doravante cada vez mais em modelos extrafamiliares”.

Matos (1999, p. XIII) corrobora a opinião anterior quando afirma que “ toda a adolescência se desenrola na reformulação da identidade adquirida na infância e na construção de uma identidade mais marcada pela vontade própria do adolescente” pois, dadas as transformações que o adolescente vive, este sente necessidade de procurar a sua individualidade, de se construir e destacar enquanto ser único, com desejos e opinião própria. Braconnier e Marcelli (2000, p.XXV) afirmam que as reflexões sobre a adolescência “dizem respeito ao indivíduo na sua singularidade, mas não devem fazer esquecer o aspeto coletivo, social e cultural”. O adolescente mantém uma relação de partilha de interesses, frustrações, ocupações e atividades escolares com o seu grupo de amigos e neste percurso entre a infância e o estado adulto há, sem dúvida, um lugar de destaque para a relação com os seus pares, “a necessidade para o adolescente de estar ‘em grupo’ responde a necessidades educativas e sociais mas também a motivações intrapsíquicas pessoais” (Braconnier & Marcelli, 2000, p.43).

Como afirma Matos e equipa do Projeto Aventura Social & Saúde (2003, p.31) “o processo básico do desenvolvimento do adolescente envolve modificar relações entre o indivíduo e os múltiplos níveis do contexto em que o jovem se encontra”. Matos (1999, p.32) estabelece que “a multiplicidade de contextos sociais e interpessoais em que o adolescente se move

representa desafios adicionais e possibilidades acrescidas de estes virem a desenvolver problemas de ajustamento, com consequências negativas na sua saúde”.

A adolescência é um período de desenvolvimento considerado especialmente crítico no desenvolvimento de “comportamentos e atitudes saudáveis incluindo responsabilidades e direitos sobre a saúde” (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social & Saúde, 2003, p.32). Como referem Matos e Sampaio (2009) um dos objetivos mais importantes dos programas de prevenção prende-se com a exposição dos jovens a fatores de risco. Contudo, muitas vezes, dado o “conjunto de características intrínsecas à criança/adolescente, associadas ao desenvolvimento de perturbações emocionais e de comportamento”, este não é um objetivo facilmente concretizável e é então necessário recorrer à integração de programas de intervenção direta com os jovens que vão ao encontro das suas principais características, de modo a “aumentar as suas competências pessoais e sociais de resposta afirmativa, de ação alternativa e de autorregulação”. (Matos & Sampaio, 2009, pp.22-23).

## **2.3. SAÚDE/ PROMOÇÃO DA SAÚDE**

### **2.3.1. Conceito de saúde**

Antes de abordarmos e analisarmos os conceitos de Promoção da Saúde (PdS) e Educação para a Saúde (EpS) consideramos oportuno analisar o conceito de Saúde, uma vez que está subjacente aos conceitos referidos.

“Ser saudável” é algo que tem uma designação diferente de indivíduo para indivíduo, pois as ideias sobre saúde são moldadas mediante as experiências de vida de cada um, consoante os seus conhecimentos, valores e expectativas, bem como pela perceção de consecução das suas expectativas diárias e a condição que precisa para realizar, com sucesso, as inúmeras atividades que desempenha diariamente. O conceito de saúde, está também relacionado com a cultura da sociedade, pois reflete valores, crenças e conhecimentos dos seus elementos, que variam em conformidade com o contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico onde estes se inserem (Pais Ribeiro, 2007). Deste modo, torna-se imprescindível que os promotores/educadores em saúde identifiquem, primeiro, o que para o indivíduo é “ser saudável”, qual a significação que as pessoas/grupo com os quais se desenvolvem intervenções, atribuem ao “ser-se saudável”.

O próprio conceito de saúde sofreu uma evolução ao longo dos tempos, com profundas alterações de acordo com os conhecimentos, a cultura dominante, a religiosidade e o sentido atribuído à vida de cada homem nas diferentes épocas (Castanheira, 1989). A evolução do conceito de saúde foi determinada pelo desenvolvimento do espírito científico em vários campos do conhecimento e uma melhor percepção da influência dos fenómenos sociais no bem-estar das populações.

No século XIX, como afirma Armstrong (1988 cit. por Pais Ribeiro, 2007), as principais preocupações dos profissionais de saúde centravam-se no meio ambiente, água, ar, alimentos, excrementos, sendo que a prevenção era realizada no sentido de controlar o meio ambiente de onde progrediam as principais epidemias, e só progressivamente as preocupações foram sendo com as próprias pessoas e a interação que estas estabelecem entre si. Só no século XX se começou a assumir e a considerar que as pessoas detinham um papel importante e ativo na questão da saúde e das doenças, sendo consideradas como elementos chave e decisivos no processo de saúde ou adoecimento. As perspetivas mais atuais do conceito de saúde valorizam o Homem como um ser integrante de uma sociedade e não como um elemento isolado, exercendo portanto, influência sobre esta e estando também sujeito às suas influências e a elas se adaptando.

Com esta evolução, a saúde passou a ser considerada um conceito específico e investigada como algo independente das doenças (Pais Ribeiro, 2007). A saúde entendida deste modo traz à luz novos conceitos de saúde, com uma visão mais positivista, sem a conotação negativa e redutora de considerar sempre a “saúde como ausência de doença, ou invalidez”, no mero sentido de equilíbrio dos meios interno e externo do organismo, alargando o conceito de saúde para um *estado de completo bem-estar físico, mental e social*, como foi definido pela OMS, na constituição de 1948 (WHO, 1998b). Nesta definição são contempladas as vertentes, não só física, mas também mental e das relações sociais, em que só a satisfação de todas estas dimensões permite a saúde.

Apesar de todas as críticas, esta é a definição de saúde mais popularizada e a que mais influência tem. Esta conceção permitiu *situar a saúde como um estado positivo que podia ser promovido, buscado, cultivado e aperfeiçoado*. (Sá Júnior, 2004). Como afirmam Baltes, Reese e Lipsit (1980) *a saúde é um acontecimento normativo na vida das pessoas*, pois defendem que o estado de saúde é que é normal, a doença é um estado não habitual, não normativo.

A comissão da Associação Americana de Professores de Medicina Preventiva, citada por Castanheira (1989, p.37), define a saúde como

um estado caracterizado por integridade anatômica; capacidade para desempenhar papéis relevantes na família, no emprego e na comunidade; capacidade para gerir stresses físicos, psicológicos e sociais; sentimento de bem-estar e ausência do risco de doença ou de morte prematura,

sendo que esta definição acrescenta ao *bem-estar físico, mental e social*, anteriormente referidos, a capacidade para desempenhar múltiplos papéis na sociedade, como os familiares e profissionais, intervir na comunidade e não estar sujeito a fatores de risco.

A OMS reforça, ainda, que a saúde é um recurso para a vida, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não o objetivo de vida (OMS, 1986), pois a saúde, ou a sua ausência, é um fator condicionante do desenvolvimento humano e social dos indivíduos na medida em que uma “saúde frágil reduz as interações e é suscetível de comprometer o desenvolvimento humano no seu potencial integral” (Castanheira, 1989, p. 81).

Se atentarmos ao conceito de saúde como um direito humano fundamental, na carta de Ottawa (OMS, 1986) são referidos uma série de pré-requisitos para a saúde, a saber, a paz, adequados meios económicos, alimentação e abrigo, um ecossistema estável e uso de meios sustentáveis, pois a saúde tem de ser entendida sob o ponto de vista da sustentabilidade. Como afirma King (1990 cit. por Pais Ribeiro, 2007) inclui-se no conceito de saúde o ambiente envolvente, não só o atual, mas também o futuro, pois é necessário ter em consideração a existência das comunidades ou sociedades futuras.

Deste modo, verificamos a estreita relação existente entre as condições sociais e económicas, as opções individuais e o seu estilo de vida, e a saúde. A referência a todas as dimensões do conceito de saúde, sejam elas física, mental emocional, espiritual, social e cultural, permite tomar consciência da complexidade do conceito, contudo é necessário ter em consideração que cada um de nós é um todo e cada uma das dimensões referidas interagem entre si, num processo dinâmico e constante.

Neste sentido, a educação e a saúde exigem uma visão holística, onde se considere o ser humano em todas as suas dimensões, em interação consigo mesmo e com o meio envolvente. Só a conjugação de diversos fatores e a consideração de todas as dimensões do ser humano permite uma eficaz e correta intervenção no sentido da promoção da saúde, tendo em vista, mais do que a prevenção de doenças, a prevenção da saúde (Martins, 2005).

### **2.3.2. Promoção de Saúde**

Promover a saúde é, segundo a OMS (1986), um processo em que se habilitam as pessoas para aumentar o seu poder de controlo e participação na sua própria saúde, de modo a melhorá-la. Esta é considerada uma estratégia global que visa a proteção da saúde. Como refere Martins (2005, p.3) “mais do que uma atividade, a promoção da saúde é considerada uma estratégia que urge incorporar em todas as dimensões da vida (individual, social e ambiental) ”.

Para Sanmartí (1985) a consecução de elevados níveis de saúde e a prevenção de mortes prematuras depende, em grande parte, da adoção de comportamentos saudáveis por parte dos indivíduos, grupos e comunidades. No entanto, para uma eficaz promoção da saúde, são necessárias um conjunto de valências, não só ao nível individual, mas também, de outras entidades, que proporcionem o aumento das capacidades individuais que permitam prevenir doenças e proteger a saúde. Como refere Candeias (1997, p.210) é necessário “uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde”, pois a promoção da saúde surge da combinação de um conjunto de fatores, desde ambientais, genéticos, serviços de saúde e estilos de vida, com diversas intervenções, e mobilizar apoios sociais, políticos, económicos, organizacionais e reguladores, que estejam relacionados com o comportamento humano, bem como políticas de ação diretamente relacionadas à saúde (Candeias, 1997).

Em todo o processo de promoção da saúde é inegável a importância da participação pessoal. Como é referido pela OMS (1986) é um processo em que é permitido às pessoas aumentar a capacidade de controlo sobre os determinantes da saúde, favorecendo a sua melhoria e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida, mas é também necessária a mobilização social e política onde se promovam “ações dirigidas ao fortalecimento das competências pessoais e sociais dos indivíduos, mas também ações dirigidas à alteração das condições sociais, envolvimento e económicas, assim como, minorar o seu impacto na saúde pública e individual” (Matos & equipa do Projeto Aventura Social & Saúde, 2003, p.30).

A OMS (1986) refere que a qualidade de vida, no contexto da promoção da saúde, se traduz na perceção individual da participação na gestão das suas vidas e saúde, na satisfação das suas necessidades e na apresentação da oportunidade de alcançar a felicidade e satisfação, apesar do estado físico de saúde ou as condições socioeconómicas.

Desde as primeiras conferências de educação para a saúde de Alma – Ata, (OMS, 1978), e Ottawa (OMS, 1986) que é proclamado um maior investimento na promoção da saúde, de forma a prevenir as doenças, sendo que esta deve ser uma crescente preocupação por parte dos responsáveis políticos na área da saúde, apostando-se num reforço das capacidades e competências, quer das pessoas, quer das comunidades.

Contudo, e atendendo ao que já foi exposto sobre o conceito de saúde, para que seja possível intervir e promover a saúde, seja entre adolescentes, seja entre adultos, como afirma Matos e Equipa do Projeto Aventura Social & Saúde (2003) é necessário compreender a construção das noções de saúde e doença mediante o contexto cultural inserido, como são atribuídas as causas e os efeitos e como esses significados são adotados na vida quotidiana dos indivíduos. É necessário conhecer a população a quem se destina a intervenção e o meio ambiente em que está inserida, para deste modo ser possível melhor avaliar os “comportamentos, atitudes e práticas e o tipo de redes locais que podem ser mobilizadas para atingir os objetivos da saúde” (Matos & equipa do Projeto Aventura Social & Saúde, 2003, p.33).

É fundamental neste de promoção da saúde capacitar as pessoas para uma aprendizagem continua ao longo da sua vida e estarem preparadas para todos os estádios do seu desenvolvimento, de modo a lutarem contra doenças crónicas e incapacitantes (OMS, 1986), sendo que estas intervenções devem ocorrer nos vários contextos de vida dos indivíduos, seja a escola, trabalho, serviços de saúde e organizações comunitárias, desempenhadas por profissionais capacitados e preparados para desenvolver conhecimentos e aptidões, capacitação (“*empowerment*”), favorecer a autoestima e desenvolver a capacidade de tomada de decisão.

Como referem Matos e Sampaio (2009), um dos objetivos dos programas de prevenção destinados a jovens seria a redução da sua exposição a fatores de risco, no entanto, sabe-se que este não é um objetivo simples de concretizar, quer por todas as especificidades dos adolescentes anteriormente indicadas, quer pelos inúmeros fatores de risco a que estamos sujeitos diariamente. Logo, é importante apostar em promover nos jovens todo um conjunto de competências pessoais e sociais que permitam minimizar esses efeitos e dotá-los de “capacidades de autorregulação face a situações de risco, aumento de competências parentais, (...) melhoria [da] qualidade da vinculação familiar e dos padrões de comunicação pais-filhos e professores-alunos”, de modo a minorar o impacto dos fatores de risco (Matos & Sampaio, 2009, p.22).

A acrescentar à promoção das capacidades individuais, não podemos esquecer que é necessário apostar no desenvolvimento de uma rede social de apoio, com adultos de referência para os jovens, numa perspetiva de integração dos vários cenários em que as crianças ou jovens circulam, e dos sistemas sociopolíticos, de modo a que todos incluam e permitam “alterações que favoreçam uma diminuição das situações de risco e uma ativação dos recursos pessoais e sociais de apoio “ (Matos & Sampaio, 2009, p.25).

O conceito de promoção de saúde, baseado no paradigma salutogénico, dá especial ênfase aos fatores que intervêm positivamente na saúde, portanto, é necessário em todo o processo, que a ação sobre esses fatores seja multidirecional e multidimensional, fazendo apelo à participação das diferentes disciplinas e setores de atividade (Martins, 2005).

## **2.4. OS ESTILOS DE VIDA E A QUALIDADE DE VIDA**

Segundo Laverack (2005 cit. por Vilaça, 2007b), os estilos de vida e os comportamentos, desde a década de 70 que se tornaram centrais na promoção da saúde, porque os promotores e educadores para a saúde reconheceram que estes podiam influenciar diretamente a saúde individual e coletiva.

Os estilos de vida são definidos no Despacho n.º 1916/2004, como “um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia a dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida”.

O conceito de *estilos de vida* sofreu uma evolução ao longo dos tempos e se inicialmente era um conceito que permitia uma certa caracterização social, mais tarde é associado a fenómenos relacionados com os comportamentos. Contudo, esta abordagem comportamental dos estilos de vida não entende os comportamentos como ações exclusivamente sob o controlo autónomo dos indivíduos e reconhece a influência exercida por uma complexa rede de fatores sociais, políticos e culturais (Vilaça, 2007b).

Deste modo, não há uma definição precisa e clara do que se denomina de *um estilo de vida saudável*, pois varia entre indivíduos e entre grupos, mediante as suas características individuais, os valores, as motivações, as oportunidades e as questões relacionadas com aspetos culturais, sociais e económicos (OMS, 1985). Apesar de não existir um estilo de vida entendido como único, existem algumas orientações que ajudam na adoção de um estilo de vida saudável,

que é entendido como aquele em que há um empenho das pessoas num modelo de atividades positivas, com regularidade diária, sendo que estas atividades atuam de modo cumulativo para aumentar o nível de saúde e bem-estar (Phipps, Sands, & Marek, 2003). Consequentemente, essas práticas positivas ao levarem a um maior bem-estar, traduzem-se, também, numa maior qualidade de vida.

No que se refere à *qualidade de vida*, segundo Wood- Dauphinee e Kuchler (1992 cit. por Pais Ribeiro, 2007), a expressão *qualidade de vida* era, em 1929, utilizada como referência às condições de trabalho e das conseqüências que daí podiam advir para o bem-estar do trabalhador. No entanto, este tornou-se um conceito várias vezes referido na linguagem comum e em pesquisas científicas em diversas áreas do saber, como educação, saúde, economia, sociologia, psicologia, entre outros.

Perante a ausência de um consenso na sua definição e de instrumentos que a avaliassem, a OMS constituiu o Grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL), cujo primeiro passo foi encontrar uma definição para o seu conceito. Através da opinião de vários especialistas, qualidade de vida, é entendida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995). Assim, a qualidade de vida é entendida como algo subjetivo, imersa num determinado contexto cultural e social, é algo que não está relacionado com a análise objetiva de um determinado meio ambiente ou realidade cultural, mas antes com uma percepção individual sobre a sua própria posição na vida, no seu contexto cultural e sistema de valores, relacionado com os seus interesses, objetivos, expectativas, metas e preocupações.

Dada a sua ambiguidade, diferindo entre culturas, épocas e até mesmo no próprio indivíduo em diferentes momentos da sua vida, a OMS definiu *qualidade de vida* como um modo de vida que resulta de diversos fatores que influenciam a saúde e a felicidade, “ incluindo o bem-estar do indivíduo no ambiente físico, um emprego satisfatório, educação, sucesso social, bem como liberdade de pensamento e de ação, justiça e ausência de qualquer repressão” (Recht, 1981 cit. por Castanheira, 1989).

Recorrentemente, é confundida qualidade de vida com possibilidades económicas abastadas. Sendo que é verdade que são necessárias condições económicas para satisfazer um conjunto de necessidades básicas essenciais que permitem bem-estar às pessoas, como a alimentação, condições de habitação, higiene e segurança, “preocupações excessivas com o

bem-estar material podem comprometer aspectos essenciais do bem-estar psicossocial, nomeadamente das crianças e dos jovens” (Castanheira, 1989, p.28). Porém, o conjunto de necessidades básicas referidas anteriormente tem influência na saúde das famílias e no seu bem-estar e conseqüentemente na sua qualidade de vida.

A acrescentar à satisfação das necessidades básicas, existem um conjunto de outros elementos que influenciam a qualidade de vida, nomeadamente dos jovens, como as condições de instalações, acessibilidade e funcionamento em escolas e bibliotecas, centros de saúde, ginásios e espaços de lazer (Castanheira, 1989) e, embora muitas vezes não tão evidentes mas também importantes, “a intensidade e a adequação das trocas afetivas, o equilíbrio emocional, a compreensão e a aceitação de cada um, o interesse pelo saber, a capacidade de adaptação e de inserção social” (Castanheira, 1989, p.28).

Como comprovamos, apesar de os termos *estilo de vida saudável* e *qualidade de vida* não terem uma definição categórica, existem um conjunto de recomendações que, de um modo geral, visam a adoção de um estilo de vida saudável e conseqüentemente uma maior qualidade de vida. Numa revisão de estudos realizada por Ogden (1996, cit. por Matos et al., 2006a) foi analisada a relação existente entre a prática de determinados comportamentos de saúde e o estado da saúde e foi possível verificar uma relação entre essa prática e um baixo nível de mortalidade. Os comportamentos identificados incluíam ações como tomar o pequeno-almoço todos os dias, ter ou estar próximo do peso recomendado, não fumar, não consumir álcool ou consumir moderadamente e praticar atividade física regularmente. Estes fatores que determinam um certo estilo de vida permitem uma maior ou menor qualidade de vida.

## **2.5. OS DETERMINANTES DE SAÚDE E DOS ESTILOS DE VIDA**

Uma vez expostos os conceitos de saúde e estilos de vida é importante conhecer os seus determinantes, ou seja, identificar os fatores que condicionam a saúde e os estilos de vida adotados pelas comunidades e os indivíduos que as integram.

Há referências históricas que demonstram que a assistência sanitária foi um dos principais fatores de risco para a saúde da população, no entanto, hoje, este não é o fator prioritário na determinação dos seus níveis de saúde. Fatores como a carga genética, o meio ambiente ou os estilos de vida, constituem uma grande preocupação na determinação da saúde das populações.

Segundo Lalonde (1974 cit. por Sala e García, 2005) os níveis de saúde de uma comunidade dependem da conjugação e interação de quatro variáveis: “o meio ambiente (contaminação física, química, biológica, psicossocial e sociocultural), o estilo de vida (condutas de saúde), o sistema de assistência sanitária e a biologia humana (genética, envelhecimento)”, recorrentemente denominados por determinantes de saúde (Sanmarti, 1985) (cf. figura 1).

Analisando estas variáveis, é observável que excetuando a biologia humana todos os outros condicionantes da saúde são passíveis de alterações e nos quais podemos intervir, sendo que o que mais influencia o estado de saúde dos indivíduos é o seu estilo de vida, do qual fazem parte os comportamentos que influem positiva, ou negativamente a saúde.

Apesar de, como já destacamos anteriormente, não haver uma definição categórica para um estilo de vida saudável, existem algumas orientações para tal, e sabemos que existem condutas que implicam riscos para a saúde e outras que a favorecem (Precioso, 2001a). Deste modo, consideramos que é nos estilos de vida que as intervenções de saúde se devem fazer sentir e se pode agir positivamente para que se produzam mudanças efetivas de comportamento e essas mudanças se traduzam em mais qualidade de vida e vidas mais saudáveis.

Porém, para que seja possível alterar os comportamentos prejudiciais à saúde, relacionados com os estilos de vida, e promover comportamentos saudáveis, é necessário conhecer os fatores que direta ou indiretamente determinam os estilos de vida. Mendoza, Pérez e Foguet (1994) indicam que estes são determinados por quatro grupos de fatores que interagem entre si: indivíduo, fatores microsociais, fatores macrossociais e ambiente natural.

Os fatores biológicos (genética, idade, sexo) e psicológicos (interesses, personalidade) determinam as características de cada indivíduo, no entanto, estes desenvolvem-se sofrendo influências de fatores do meio microsocial, como a família, os amigos, os vizinhos, o meio escolar e laboral. Por sua vez, esses fatores são condicionados por um conjunto de fatores macrossociais, como o sistema social, a cultura, os meios de comunicação e os grupos económicos, sendo que não nos podemos esquecer da influência dos fatores ambientais, uma vez que as condições de vida de uma sociedade são determinadas pelo meio físico geográfico. Assim, o indivíduo para além das suas características individuais está sujeito a inúmeras influências que determinam o seu estilo de vida e por sua vez, influenciam o seu estado de saúde.

Para que seja possível uma intervenção eficaz, e sabendo que os hábitos se estabelecem muitas vezes na infância ou adolescência, é crucial conhecer o ambiente familiar e

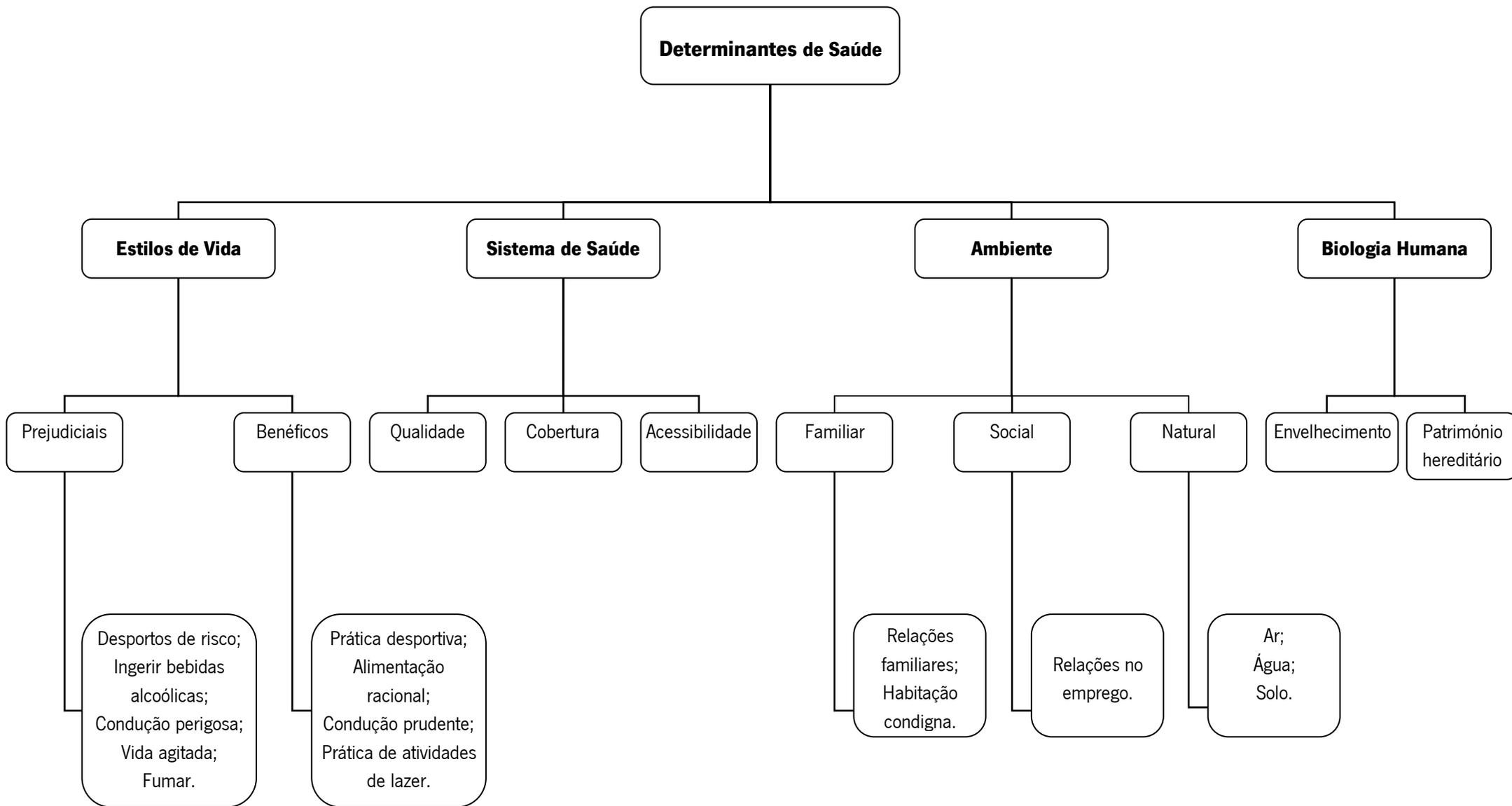
social em que os indivíduos se inserem, para identificar os fatores determinantes desses comportamentos. Os estudos que visam compreender o modo “como os comportamentos e estilos de vida ligados à saúde e ao risco aparecem e se estabelecem na infância e na adolescência, têm que ter em conta os cenários mais relevantes da vida destes jovens: a família, a escola e o grupo de pares.” (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social & Saúde, 2003, p.37).

Sabemos que os jovens estabelecem interações e sofrem influência de diversos atores do seu meio, sobretudo pais e educadores, mas também dos irmãos, da família, amigos, entre outros, e a sua formação é tarefa que está à responsabilidade da conjugação destes três elementos (família, escola e comunidade). É do seu esforço conjunto que se educam os jovens e os preparam para o futuro, para que sejam responsáveis e capazes de tomar decisões informadas e desenvolvam hábitos de vida saudáveis (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social & Saúde, 2003).

Este enfoque atribuído aos determinantes de saúde é importante, pois permite compreender os fatores causais de determinado problema, facilitando a definição das vias mais adequadas para uma melhor prevenção. O conjunto de todas as causas, desde fatores socioeconómicos, condições ambientais e comunitárias e o comportamento individual, oferecem vários pontos de partida para a prevenção (OMS, 2002).

Atendendo à diversidade de fatores que influenciam e determinam os níveis de saúde das populações é necessária a implementação de redes e programas específicos, que abranjam vários ambientes que integram a vida dos indivíduos (e.g., escolas, locais de trabalho, cidades), visem a sua capacitação para a adoção de estilos de vida saudáveis e promovam a criação de condições ambientais, organizacionais e sociais favoráveis a um bom nível de saúde.

Para que seja possível a aplicação do conceito integral de saúde, ao longo do ciclo de vida do indivíduo (Matos et al., 2004), urge encontrar respostas diferenciadas mediante as necessidades específicas de cada indivíduo/comunidade, por forma a se controlarem os fatores que condicionam negativamente os seus níveis de saúde, sendo fundamental a cooperação de diversos elementos como o governo, as escolas, os pais e os pares.



**Figura 1 – Determinantes de Saúde (Precioso, 2001a)**

## **2.6. COMPORTAMENTOS DE RISCO E COMPORTAMENTOS SALUTOGÉNICOS**

Comportamento é definido por Kaplan (1990), de uma forma geral, como as atividades de um organismo que podem ser observadas. Especificamente, um comportamento associado à saúde, como define a OMS (1986), é qualquer atividade realizada por um indivíduo, seja qual for o seu estado de saúde atual ou percebido, com o intuito de a promover, proteger ou manter, quer esse comportamento seja ou não eficiente para esse objetivo.

McQueen (1987;1988 cit. por Pais Ribeiro, 2007) categoriza os comportamentos associados à saúde em três tipos:

a) *comportamentos de exaltação da saúde*: visam a promoção da saúde, ou seja, aqueles que têm o propósito de melhorar o nível global de saúde;

b) *comportamentos de manutenção de saúde*: permitem a prevenção das doenças (e.g., controlo da pressão arterial, planeamento familiar e vacinação) e a proteção da saúde (e.g., controlo de agentes tóxicos, prevenção rodoviária e impacto ambiental);

c) *comportamentos de prejuízo de saúde*: são os que são prejudiciais à saúde (e.g., fumar, beber exageradamente e medicar-se sem acompanhamento médico).

Para se alcançar o objetivo de desenvolver nos jovens uma maior consciência de saúde, que permita a criação de hábitos de vida salutogénicos e a prevenção de doenças, é importante considerar os fatores de risco, aqueles que influenciam negativamente a saúde, e os fatores de proteção, ou salutogénicos, que, pelo contrário, a favorecem.

Risco define-se, segundo Pais Ribeiro (2007, p.133), “como a probabilidade da ocorrência de um acontecimento no decurso de um dado período de tempo ou idade”. Nesta perspetiva, fator de risco é um termo estatístico que designa algo que aumenta a probabilidade de ocorrência de um resultado adverso. Kannel e Schatzkin (1983 cit. por Pais Ribeiro, 2007) definem fator de risco de uma forma mais abrangente, como sendo uma “característica de uma pessoa (demográfica, anatómica, psicológica, fisiológica) que aumenta a probabilidade (risco) de que essa pessoa desenvolva alguma manifestação da doença em consideração”. Neste sentido, estas duas definições vão ao encontro do referido pela OMS (2002, p.11) que enquadra o risco em duas perspetivas, “como probabilidade de que se produza um resultado adverso ou como fator que aumenta essa probabilidade”.

Contudo, como é salientado pela OMS (2002), o risco pode ter significado distinto para distintas pessoas e a percepção e reação de uma pessoa ao risco, depende da sua experiência prévia, da informação e dos valores recebidos da família, da sociedade e do governo, e é um processo de aprendizagem que começa na infância e se vai atualizando durante a idade adulta. Como é indicado no mesmo documento, há riscos que estão fora do controlo individual, mas há outros que dependem de cada pessoa e podem ser aumentados ou reduzidos voluntariamente, como o hábito de fumar e o consumo de outras substâncias.

Ao longo do último século, dado o constante avanço da medicina e saúde pública, e o papel desempenhado pelos governos na proteção e melhoria da saúde das suas populações, foram reduzidos muitos riscos para a saúde e outros, como a variola, foram mesmo erradicados (OMS, 2002), no entanto, nos últimos anos tem sido associado o comportamento humano como o principal fator de risco de grandes epidemias. O comportamento determinante de um certo estilo de vida vai-se consolidando ao longo dos anos e fazendo parte do desenvolvimento dos indivíduos e, a longo prazo, traduz-se em doenças associadas a comportamentos incorretos.

São cada vez mais as medidas preventivas que atuam no sentido de minimizar os fatores de risco, pois “para se prevenir as doenças e os traumatismos é necessário se proceder primeiro à avaliação e redução sistemáticas das suas causas” (OMS, 2002), daí a importância de se apostar em programas de promoção de estilos de vida saudáveis, que desde cedo alertem os jovens e não permitam a *instalação insidiosa de fatores de risco*, fatores esses que estão associados a doenças que são a principal causa de morte em muitos países europeus e relacionados com muitas mortes prematuras.

A OMS (2002, p.6) reforça que o “tabaco constitui um risco já estabelecido ou rapidamente emergente nos países em desenvolvimento” e reitera a necessidade de se continuar a apostar em medidas que combatam esse aumento. O álcool é outro risco vulgarmente referido, em que o seu consumo também se tem vindo a generalizar. A alimentação, por sua vez, é indicada como causa da globalização de doenças como a diabetes, a obesidade e a hipertensão. A par destes condicionantes da saúde, “a mudança nos hábitos de vida e de trabalho, tem levado a uma diminuição da atividade física e do trabalho físico”, nomeadamente esta geração que passa muitas horas do dia sentada e relativamente inativa, em frente à televisão ou computador (OMS, 2002, p.5).

É importante considerar, que nem só da redução dos fatores de risco se faz a prevenção e é importante considerar, também, os fatores de proteção.

Existe um conjunto cada vez mais vasto de dados que indicam a existência de diversos fatores psicológicos, sociais e de conduta que protegem a saúde na adolescência e em fases posteriores, que facilita “a resistência a doenças, reduz ao máximo as incapacidades ou retarda a sua aparição e promove uma recuperação mais rápida da pessoa doente” (OMS, 2002, p.15). A mesma publicação indica como fatores positivos à saúde, uma alimentação equilibrada, exercício físico, evitar o consumo de tabaco e álcool e evitar práticas sexuais de risco, acrescentando, ainda, os fatores psicossociais como ter uma visão otimista da vida, com finalidades e uma direção, estratégias eficazes para fazer face às dificuldades e a sensação de poder controlar os acontecimentos da vida (OMS, 2002).

Não obstante ser importante reduzir os fatores de risco, não podemos ter a imagem utópica que a sua erradicação resulte na imunidade às doenças. Apesar de haver fatores de risco e de proteção mais generalizados, os seus efeitos variam de indivíduo para indivíduo (Pais Ribeiro, 2007, p. 136). Como tal, não pretendemos apresentar soluções únicas, mas apresentaremos de seguida algumas orientações que englobam práticas condicentes a um bom estado de saúde e que de um modo geral permitem a prática de um estilo de vida saudável e promovem a saúde.

### **2.6.1. Alimentação**

Atualmente é dada grande ênfase, quer na literatura profissional, quer na leiga, à relação entre a dieta e a saúde em geral e o desenvolvimento de um vasto número de processos patológicos. “Os investigadores sugerem que as práticas dietéticas serão talvez o fator de ‘escolha’ mais importante, na determinação da saúde e da longevidade” (Phipps, Sands, & Marek, 2003, p.60).

Atendendo ao exposto, é importante alertar os mais jovens para a importância de uma alimentação saudável e equilibrada, rica em todos os nutrientes e dar-lhes a conhecer a importância específica de certos alimentos na prevenção de algumas doenças que estão na causa de muitas mortes prematuras.

A adolescência, por representar um período de crescimento muito acelerado e onde as transformações corporais são muitas e rápidas, torna “o jovem muito vulnerável às carências em nutrientes essenciais ou a desequilíbrios” (Castanheira, 1989, p.27). Nesta fase, é comum ocorrerem um conjunto de alterações do seu comportamento alimentar, seja a própria natureza

dos alimentos, a sua qualidade e a quantidade. Braconnier e Marcelli (2000, p.162) afirmam que é através destes novos comportamentos alimentares que o adolescente procura *apropriar-se do seu corpo* e controlar as suas necessidades, o que implica que comece a “ (...) contestar os hábitos alimentares familiares a que se tinha submetido facilmente desde a infância”, pois este é um período em que o jovem seleciona os seus padrões alimentares e dá primazia às suas preferências, independentemente da família (Castanheira, 1989).

A acrescentar à natureza dos alimentos existe a assimetria com que os ingerem, passando de fases de consumo exagerado para fases de fraca ingestão alimentar.

A característica insatisfeita dos jovens com o seu corpo, leva a que tenham uma perceção errada do mesmo, conduzindo à prática de comportamentos pouco saudáveis. Hoje em dia, “a pressão cultural para atingir um peso corporal baixo pode levá-los, especialmente às raparigas, a distúrbios alimentares, como a anorexia e bulimia, com risco de consequências fatais” (Velooso et al., 2009, p.36).

As dietas ou formas de controlo de peso passam muitas vezes por saltar refeições, suprimir um grupo de alimentos da sua refeição, provocar o vómito ou até mesmo o recurso a laxantes ou diuréticos. Como referem Velooso et al. (2009) “estes comportamentos têm aumentado entre os jovens, tendo consequências físicas e psicológicas negativas: estão mais propensos à irritabilidade, têm problemas de concentração, distúrbios de sono, irregularidades menstruais, crescimento retardado, atraso na maturação sexual e défices nutricionais” (Velooso et al., 2009, p.35).

Pelo contrário, é importante ter em atenção uma característica peculiar - o petiscar. Este comportamento “observa-se muitas vezes quando o adolescente está ocioso ou quando se aborrece: o pacote de bolachas, o doce de chocolate, o doce de castanhas, o pacote de batatas fritas são absorvidos enquanto vê televisão ou ouve música” (Braconnier & Marcelli, 2000, p.164).

Do mesmo modo que a anorexia e bulimia, o oposto, a obesidade, também acarreta muitas consequências para o desenvolvimento salutar dos mais jovens, estando relacionada com inúmeras doenças crónicas, sendo o fator de risco principal de doenças coronárias, hipertensão, AVC, diabetes, artrite e alguns tipos de cancro (Phipps, Sands, & Marek, 2003).

Existem diversos estudos que apontam uma relação direta entre os componentes dietéticos e o desenvolvimento do cancro, “uma alimentação muito rica em lípidos e calorias tem sido associada a um risco acrescido de cancro do cólon, da mama, da próstata, do pâncreas e

do endométrio” (American cancer society, 1997 cit. por Phipps, Sands, & Marek, 2003, p.294). Por sua vez, como referem os mesmos autores, uma alimentação com alto teor de fibras ajuda na proteção do cancro do cólon, pois crê-se que a fibra reduz o seu risco “ao diluir o conteúdo intestinal, diminuindo o tempo de trânsito intestinal e, assim, limitando o contacto com agentes patogénicos” (p.294). Uma dieta rica em fibras, como frutos, vegetais e cereais integrais e a ingestão de líquidos é importante na prevenção de doenças do foro intestinal, prevenindo a obstipação, que resulta muitas vezes das alterações dietéticas, inatividade física, *stress*, falta de líquidos e falta de resposta à urgência em evacuar (Phipps, Sands & Marek, 2003)

No sentido de apresentar algumas recomendações para uma alimentação saudável, o programa de nutrição “Gente Saudável no Ano 2000”, teve como alguns dos seus objetivos essenciais aumentar o consumo de hidratos de carbono complexos e de alimentos que contêm fibras, doses diárias de vegetais e fruta, aumentar a ingestão de pão, cereais e legumes. Mas refere, também, a importância de reduzir a ingestão de sal e sódio, limitando o seu uso ao cozinhar, e evitar alimentos salgados, como conservas em sal ou em vinagre e sal (Phipps, Sands, & Marek, 2003, p.62).

Outro objetivo presente no documento supracitado, refere-se ao aumento da ingestão de cálcio, sendo o leite desnatado uma boa fonte. Incluem-se neste objetivo o leite e seus derivados, como o iogurte, queijo, natas e requeijão, entre outros. Estes alimentos são muito ricos em cálcio e são de fácil absorção pelo intestino o que os torna o recalcificante número um para todas as idades e importante para dentes e ossos. O cálcio traz vantagens ao nosso organismo, ao nível da “ formação dos ossos, divisão celular e crescimento, coagulação sanguínea e atividade celular elétrica” (Phipps, Sands, & Marek, 2003, p.1594).

Quanto à carne, peixe, ovos e marisco, estes alimentos salientam-se pela presença de proteínas de grande valor biológico, porque contêm aminoácidos essenciais, são fornecedores de alguns minerais (e.g., fósforo e ferro) e abundantes em vitaminas do complexo B. A quantidade de gorduras que possuem é muito variável, possuindo a carne de vaca mais ácidos gordos saturados do que os outros alimentos do mesmo grupo, e a gordura do peixe é normalmente de melhor qualidade que a da carne, pois é de mais fácil digestão. Assim sendo, é preferível comer mais vezes peixe do que carne já que possui uma maior riqueza de ácidos gordos polinsaturados e tem menor teor de colesterol (Nunes & Breda, 2001).

O colesterol é um tipo de gordura encontrada nos produtos de origem animal como carnes, alimentos enchidos e fumados (presuntos, chouriços, alheiras), massas folhadas, gema

de ovo, manteiga, leite e queijos gordos, entre outros, e como tal, devemos evitar o seu consumo regular (Candeias et al., 2005). Por sua vez, os mesmos autores indicam a importância de aumentar o consumo de alimentos ricos em fibras que para além das vantagens anteriormente referidas, reduzem a absorção intestinal do colesterol impedindo que este passe para o sangue.

Na constituição da nossa alimentação devem estar também presentes, os cereais e leguminosas, fonte de proteínas, ferro e fibras. São alimentos praticamente sem gordura e ricos em vitaminas do complexo B (Nunes & Breda, 2001).

O grupo dos produtos hortícolas, legumes e frutas, inclui uma grande variedade de vegetais, como tubérculos ou raízes, tubérculos e folhas, frutos frescos e secos. Globalmente, estes alimentos são ricos em vitaminas, mas também veiculam muitos minerais, fibras e água. Os frutos, nomeadamente os frescos, fornecem açúcares de absorção rápida e vitaminas e são pobres em gordura e em proteínas (com exceção dos frutos secos). Os frutos secos têm uma composição especial, pois alguns são gordos (com ácidos gordos polinsaturados) e de alto valor energético e outros contêm proteínas, mas são também boas fontes de vitaminas do complexo B e de minerais (Nunes & Breda, 2001).

As vitaminas são elementos nutritivos de grande importância a nível orgânico, e a sua carência ou excesso traz consequências para o nosso organismo (Nunes & Breda, 2001), sendo que, quando ingeridas corretamente, ajudam a evitar muitas doenças e promovem o bem-estar físico e mental. “As vitaminas viabilizam os processos de obtenção e armazenamento de energia, favorecem a atividade de muitos nutrientes e participam na constituição de muitas estruturas celulares” (Nunes & Breda, 2001, p.25).

Existem diferentes tipos de vitaminas e tal como indicam Nunes e Breda (2001) cada uma tem uma função específica no nosso organismo que as torna insubstituíveis entre si. Como podemos observar:

- A vitamina A é indispensável para a visão e diferenciação das células, no entanto o seu excesso pode ser tóxico para o organismo. Esta vitamina pode ser encontrada em alimentos como a nata do leite, a gema do ovo e a manteiga.

- A vitamina D, por sua vez, é importante na formação, conservação e reconstrução de ossos e dentes, em conjugação com o cálcio, fósforo e flúor. A sua carência pode conduzir à descalcificação óssea, dificuldades na recuperação de fraturas ósseas e o raquitismo nas crianças. Esta vitamina forma-se sobretudo na pele através dos raios solares ultravioletas. É

possível encontrá-la em óleos de fígado de peixe e em menor quantidade em ovos, queijos e manteiga.

- A vitamina E pode ter um importante papel ao nível das células, contribuindo para a prevenção de doenças cardiovasculares e algumas formas de cancro. Os alimentos onde a podemos encontrar são as hortaliças, nozes, avelãs, ovos e queijo.

- Quanto à vitamina K, esta contribui ao nível da coagulação do sangue e é produzida no intestino sendo a sua quantidade no organismo, frequentemente, suficiente, mas podemos encontrá-la em folhas verdes, frutos e legumes.

- As vitaminas do complexo B são importantes para o metabolismo celular e a vitamina B1, especificamente, é necessária ao organismo no aproveitamento dos hidratos de carbono, sendo que a sua carência provoca fraqueza muscular, irritabilidade, anorexia e perturbações emocionais e digestivas. Esta está presente em alimentos como leguminosas, carne de porco e gema de ovo.

- Por sua vez, a vitamina PP é, também, importante na obtenção de energia a partir dos hidratos de carbono, podendo a sua carência originar falta de forças, alterações digestivas, diarreia e problemas de pele. Podemos encontrá-la na carne, leguminosas e peixe.

- Quanto à vitamina C, esta é importante para o trabalho celular e proteção das mucosas, além de ser um potente antioxidante (Nunes & Breda, 2001). Esta vitamina atua também ao nível da saúde oral, pois o “consumo regular de vitamina C, em doses suficientes para ser eliminada pela urina, poderá reduzir o desenvolvimento das bactérias” (Phipps, Sands, & Marek, 2003, p.1613). Para além de ser antioxidante, esta vitamina desempenha um importante papel na síntese do colagénio, o que permite o desenvolvimento e manutenção das gengivas saudáveis. Podemos encontrá-la nos produtos hortícolas, frutos, essencialmente citrinos, e na batata.

No que diz respeito a alimentos como o açúcar, o mel, os chocolates, as gomas e os produtos de pastelaria, estes devem ser consumidos com extrema moderação devido aos seus efeitos prejudiciais à saúde (Candeias et al., 2001). Estes alimentos são propícios ao desenvolvimento de cárie dentária, aumentam o risco de obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares (Nunes & Breda, 2001). O consumo de pastilhas elásticas deve também ser reduzido pois as que contêm o açúcar comum, favorecem a formação da placa bacteriana e promovem a formação de cáries e o aparecimento de doenças na gengiva, as que têm adoçantes, dependendo do seu tipo, podem trazer algumas consequências dada a sua lenta

absorção pelo trato gastrointestinal. O seu uso é também pouco recomendado para quem tem problemas gástricos.

É importante salientar, ainda, a referência de vários especialistas na área da saúde na redução do consumo de alimentos muito condimentados e alimentos muito ácidos como forma de tratar alguma inflamação no estômago. A acidez de alguns alimentos é também prejudicial para os dentes, conduzindo à sua erosão.

Uma alimentação equilibrada propicia, também, um grande contributo na manutenção de um aparelho urinário saudável e prevenção de lesões cutâneas, sendo que “os nutrientes considerados essenciais para manter uma pele saudável incluem proteínas, vitamina C, ferro e zinco” Phipps, Sands e Marek, (2003, p.2362).

Quanto aos líquidos, pode dizer-se que a maioria das bebidas é pobre em proteínas, gorduras, vitaminas e minerais, à exceção dos sumos naturais. Estes para não perderem a sua riqueza vitamínica devem ser consumidos logo após a sua preparação (Candeias et al., 2005).

A água deverá ser o líquido essencial na nossa hidratação, pois constitui grande parte do nosso organismo (Candeias et al., 2005), desempenhando a função primordial de proteger e lubrificar as cerca de 100 mil milhões de células que nos constituem, de regular a temperatura do corpo e transportar nutrientes, resíduos e hormonas por todo o nosso corpo. Consequentemente, a água é essencial à vida e à manutenção do nosso estado de saúde, sendo que a sua ingestão deve ser a suficiente para que a urina seja abundante, incolor e inodora (Candeias et al., 2005).

Quando a ingestão de água é insuficiente, como referem Candeias et al. (2005), o metabolismo fica comprometido e podem surgir diversas patologias inerentes, como uma digestão mais demorada (os alimentos precisam ser dissolvidos numa solução formada por água e sucos digestivos), o intestino fica obstruído e a urina torna-se muito concentrada, podendo surgir problemas renais e maior risco de infeções urinárias. Ao nível do aparelho circulatório, a circulação sanguínea fica comprometida e ao nível cutâneo a pele adquire uma textura mais áspera e seca, envelhecendo mais rapidamente (Candeias et al., 2005). Alguns sintomas da desidratação são: boca seca, pele, cabelo e unhas mais vulneráveis à desidratação por agressores externos (e.g., sol, poluição, banhos demorados e uso exagerado de esponjas e sabonetes) e diminuição do rendimento no trabalho e no estudo, principalmente nos exercícios físicos, pois aumentam a transpiração e, em consequência, a perda de maiores quantidades de água.

As bebidas alcoólicas devem ser bebidas com moderação (porque fornecem “calorias vazias”), mas completamente banidas da alimentação de jovens menores de 17 anos, grávidas, lactantes e pessoas debilitadas ou com problemas de alcoolismo (Nunes & Breda, 2001).

De um modo geral, pode-se dizer que uma alimentação saudável é a que inclui alimentos de todos os grupos e a que tem como princípio a moderação e a variedade (Nunes & Breda, 2001). Este último fator – variedade – é fundamental já que nenhum alimento possui todos os nutrientes que necessitamos, não sendo por isso completo e equilibrado. Por outro lado, nenhum alimento pode ser julgado como prejudicial pois todos têm algo de positivo na dieta, desde que consumidos com moderação (Bruzos & Boticário, 1997).

Para um padrão alimentar saudável e adaptado às exigências e gostos dos povos, a WHO (1996) refere algumas condições, a seguir descritas, que recolhem consenso e são linhas orientadoras de uma alimentação saudável:

- Distribuição repartida da comida necessária por várias refeições, com intervalos de três horas, aproximadamente, faseando a alimentação diária por cinco refeições, da qual deve fazer parte um pequeno-almoço completo e equilibrado, atendendo a que o jejum noturno não deve ultrapassar dez horas;

- Comer diariamente alimentos de todos os grupos da Roda/Pirâmide dos alimentos, respeitando as suas proporções e variando o mais possível dentro de cada grupo. Assim, a dieta deve ter uma forte componente de cereais, vegetais e frutas que forneçam as vitaminas necessárias, minerais, fibras e hidratos de carbono complexos e que podem ajudar a consumir poucas gorduras (sobretudo saturadas e colesterol). Deve ainda ser pobre em açúcares, sal e bebidas alcoólicas;

- Utilização de alimentos de boa qualidade higiénica;

- Adoção de preparações culinárias simples e gastronómicas (dando preferência ao consumo de grelhados e cozidos a vapor, em detrimento de assados, fritos e do excesso de sal), evitando a destruição de nutrientes e a alteração de gorduras. O consumo de sumos e saladas deve ser imediato após a sua preparação;

Para além dos pontos referidos é importante ter em atenção alguns pormenores que na hora das refeições contribuem saudavelmente para o nosso organismo. Devemos mastigar bem os alimentos, porque este ato facilita a digestão. Comer devagar e doses controladas de alimentos, para além de dar uma maior sensação de saciedade, evita a gastrite, refluxo e gases abdominais e a mastigação lenta previne alterações dentárias e problemas na sua arcada.

Em suma, são estes, alguns exemplos do contributo de uma alimentação equilibrada na nossa saúde e como esta, aliada a pormenores de preparação e higiene, pode fazer a diferença e ser um aliado na prevenção de inúmeras doenças.

### **2.6.2. Exercício Físico**

São recorrentes as referências aos benefícios do exercício físico como fator protetor de diversas patologias. Como é referido no Ministério da Saúde (2007) “a atividade física é um meio de prevenção de doenças e uma das melhores formas de promover a saúde de uma população”. Phipps, Sands e Marek (2003, p.63) acrescentam que “poucas intervenções terão tantos benefícios comprovados e apoiados por estudos de investigação, importantes e bem-estruturados”.

A atividade física, quando praticada de modo constante e regular, traz inúmeros benefícios para a saúde, assumindo nos nossos dias, uma grande importância para a manutenção da nossa qualidade de vida (Loureiro et al., 2009).

Phipps, Sands e Marek (2003) afirmam que adultos ativos, com uma prática constante e regular de exercício físico, vivem mais anos e estão menos propensos a sofrerem de hipertensão, doenças coronárias, diabetes, osteoporose, certo tipos de cancro (e.g., cancro do cólon) e depressão, uma vez que a sua prática regular permite aumentar a

saúde fisiológica, melhorando a circulação, aumentando a competência e a robustez a nível cardiovascular, aumentando ou mantendo a resistência e a flexibilidade, mantendo a massa óssea, melhorando a tolerância à glucose, aumentando a percentagem de lipoproteínas de alta densidade e reduzindo o decréscimo da utilização do oxigénio devido ao envelhecimento de 9% para 5% por década (Phipps, Sands, & Marek, 2003, p.63).

Loureiro et al. (2009) acrescentam, ainda, que se verificam benefícios da atividade física ao nível da locomoção, sistema nervoso e endócrino, bem como ao nível da imunidade.

Como é referido pelo Ministério da Saúde (2007) “a prática regular de atividade física e o desporto beneficiam, física, social e mentalmente, toda a população, homens ou mulheres de todas as idades, incluindo pessoas com incapacidades”, acrescentam ainda que a atividade física é um meio de prevenção de doenças para o indivíduo e é para o governo um dos métodos com melhor custo-efetividade na promoção da saúde de uma população.

O exercício físico, quando não praticado após as refeições, favorece a digestão ajudando na desobstrução intestinal, mas quando praticado após as refeições, principalmente se estas

forem mais pesadas, não é favorável pois pode interrompê-la, podendo levar a uma congestão (Ministério da Saúde, 2007).

A somar às vantagens referidas, o exercício físico traz incontornáveis benefícios ao nível respiratório (Loureiro et al., 2009), melhorando a sua função, a ventilação pulmonar e favorecendo as trocas gasosas ao nível dos alvéolos pulmonares. A natação, por exemplo, é uma forma de atividade física que exige muitos exercícios respiratórios e fortalece os músculos da parede torácica, o que proporciona a elasticidade dos pulmões, tornando-os capazes de absorver uma maior quantidade de oxigénio. Isto faz com que haja uma melhoria significativa no processo respiratório.

A prática de exercício físico reflete-se num conjunto de benefícios para a integridade de todo o nosso organismo, contudo, é necessário ter em consideração que esta “não provoca benefícios permanentes, pelo que deve ser realizada com frequência e continuidade” (Loureiro et al., 2009, p.77), para se traduzir numa melhoria significativa da qualidade de vida.

### **2.6.3. Sono**

O sono e a sua qualidade são determinantes para a adoção de um estilo de vida saudável, pois “a qualidade do sono representa um indicador importante na saúde e no bem-estar dos adolescentes” (Matos et al. in Matos & Sampaio, 2009, p.52).

Apesar das necessidades de sono variarem de pessoa para pessoa, é recomendável que os adultos durmam entre 7 a 8 horas diárias, sendo que, quando se fala de adolescentes, sobretudo na fase de crescimento, este valor deve aumentar. Matos e Sampaio (2009) justificam-no referindo que é durante o primeiro ciclo do sono que é produzida a hormona do crescimento.

A ausência de uma noite descansada com a possibilidade de dormir as horas recomendadas manifesta nos adolescentes várias consequências, nomeadamente, no seu rendimento escolar, nas suas relações interpessoais e na sua qualidade de vida, “um jovem que não durma bem manifestará em breve irritabilidade, menor concentração nos estudos e cansaço físico e mental” (Matos & Sampaio, 2009, p.47).

Tanto a duração insuficiente do sono, como o sono perturbado, estão associados à baixa realização académica, potenciando as dificuldades de atenção, a sonolência diurna e a abstinência escolar e predizendo a emergência de problemas no funcionamento interpessoal e psicossocial (Matos et al. in Matos & Sampaio, 2009, p.58)

Hoje em dia, são vários os elementos que interferem na qualidade do sono dos adolescentes. Os hábitos de vida atuais influenciam as horas e a sua qualidade, “a televisão, a Internet (chats, videojogos, e jogos ‘on-line’) e o seu uso abusivo por crianças e adolescentes foram associados a fracos hábitos de sono e sono perturbado” (Matos et al. in Matos & Sampaio, 2009, p.54). Existem vários estudos que indicam que a televisão ou a Internet, antes de adormecer, influenciam negativamente o descanso e foi possível constatar, num estudo português, que quase metade dos adolescentes inquiridos fazia uso da internet no quarto (Matos et al. & equipa Aventura Social, 2011).

A privação de algumas horas de um sono relaxado que permita revigorar o nosso organismo traz, como referido, consequências ao nível da realização escolar e défice cognitivo, mas pode também provocar alterações desastrosas no equilíbrio da saúde, aumentando a propensão de desenvolver uma doença infecciosa, pois é durante o período de descanso que são organizadas as nossas defesas (Matos & Sampaio, 2009), e provocar *distúrbios metabólicos*, como problemas hormonais, complicações cardiovasculares, maior sensibilidade à dor, menor imunidade, envelhecimento precoce, alterações metabólicas e diabetes (Matos et al. in Matos & Sampaio, 2009, p.55).

A pele é um órgão bastante afetado pela privação das horas de sono recomendadas, maximizando os seus sinais de envelhecimento, perda da elasticidade, desidratação, textura áspera, tez pálida e olhos inchados.

Estudos recentes demonstram que os jovens não dormem as horas necessárias. Matos et al. e Equipa Aventura Social (2011) constataram que um terço dos jovens, durante a semana, dorme menos de 8 horas e só ao fim de semana a maioria dos jovens dorme mais de 8 horas. É possível, ainda, verificar que grande parte dos alunos inquiridos, pertencentes ao 6.º ano de escolaridade, dormem mais de 8 horas durante a semana, mas estes valores tendem a diminuir à medida que o ano de escolaridade e a respetiva idade aumentam, sendo os alunos do 10.º ano que referem dormir menos de 8 horas.

Atendendo a que o sono é um importante indicador da saúde e bem-estar dos adolescentes, dormir o número recomendado de horas constitui uma medida de proteção da saúde, por isso, é importante que os pais estejam atentos aos hábitos de sono dos seus filhos e os estimulem para dormirem as horas diárias necessárias, debatendo e definindo regras simples e consensuais, de modo a estabelecer uma rotina diária e melhorar a qualidade de sono (Matos et al. in Matos & Sampaio, 2009).

#### **2.6.4. Consumo de substâncias psicoativas**

Segundo Rice (2000), existem três problemas de saúde que afetam a vida dos adolescentes, o uso de drogas, fumar e beber em excesso. Estes três comportamentos são transversais às sociedades ocidentais e afetam sobretudo a camada mais jovem da sociedade.

O abuso de substâncias é um tema de grande impacto, nomeadamente para quem lida diariamente com a saúde e observa inúmeros casos de doentes com adição. É importante reduzir o número de indivíduos com este problema e a prevenção deve ser efetuada nas camadas mais jovens da sociedade de modo a não conduzir a problemas futuros.

Como referem Phipps, Sands e Marek (2003, p.413) “o alcoolismo e a adição de drogas são agora agrupados na designação de *dependência química*, o que significa o reconhecimento de que o álcool é uma droga e de que a pessoa dele dependente está igualmente em risco de se tornar dependente de outras drogas”.

Num estudo realizado com jovens do 6.º, 8.º e 10.º ano, foi possível verificar que a substância que apresenta maior percentagem de consumo ocasional é o álcool, sendo este consumo mais predominante nos alunos mais velhos, os mesmos que indicam beber mais ao fim de semana, à noite. Quanto ao consumo de tabaco, apesar da grande parte dos jovens afirmar que nunca experimentou tabaco e não fumaram nos últimos trinta dias, a percentagem de jovens que fuma tem vindo a aumentar desde 2002. Em contrapartida, com menores valores de consumo ocasional ou regular, encontram-se as drogas, afirmando a quase totalidade dos jovens que nunca consomem. Por drogas estão incluídas a o haxixe, estimulantes, LSD, cocaína, ecstasy, heroína e medicamentos usados como drogas (Matos et al. & equipa Aventura Social, 2011).

Uma vez que são reconhecidos os efeitos negativos do consumo de substâncias psicoativas na adolescência, sendo consideravelmente prejudiciais quanto mais precoce for o seu início, e atendendo que a *experimentação de substâncias na adolescência é preditora do consumo na idade adulta, e uma vez que os consumos tendem a aumentar com a idade, é importante uma ação preventiva precoce* (Ferreira & Matos in Matos & Sampaio, 2009, p.91).

## **Drogas**

A definição da palavra droga não é unívoca, esta pode ter diferentes considerações, pois, como referem Braconnier e Marcelli (2000) pode representar uma substância ilegal, um medicamento, um estupefaciente e pode simbolizar a dependência física e psicológica.

Hoje em dia, representa um problema entre os jovens o uso de substâncias psicotrópicas sem controlo médico. Segundo um estudo HBSC de 2010, apenas uma minoria de jovens usa as chamadas “drogas duras” (Matos *et tal.* & equipa Aventura Social, 2011), no entanto, “outros produtos com efeitos psicotrópicos são mais largamente utilizados, mesmo se este uso parecer mais banalizado nas nossas sociedades (tabaco, álcool, medicamentos psicotrópicos – somníferos, ansiolíticos) ” (Choquet et al., 1991 cit. por Braconnier & Marcelli, 2000, p.191).

Segundo a Controlled Substance Act (Lei do Controlo de Substâncias) de 1971, existem cinco classes básicas de drogas: “estimulantes, calmantes, alucinogénios, narcóticos e cannabis”, das quais advêm inúmeras consequências para a saúde, que exporemos de seguida (Phipps, Sands, & Marek, 2003, pp.429-430).

Segundo os mesmos autores, a ingestão de *anfetaminas* conduz à falta de apetite e acentuada perda de peso, diarreia ou obstipação, ansiedade e enfarte do miocárdio. No caso do consumo de *cocaína*, há um aumento da pressão arterial e dos níveis de glicemia, constrição de certos vasos sanguíneos e estimulação do ritmo cardíaco e da frequência respiratória. Os *calmantes*, nomeadamente tranquilizantes, têm efeitos colaterais que podem ser cefaleias, náuseas, função sexual afetada e tonturas. Quanto aos *alucinogénios*, estes provocam, inicialmente, a estimulação mas posteriormente a depressão, causam ansiedade, redução do apetite, aumentos do ritmo cardíaco e da frequência respiratória e criação de fantasias e ilusões, sem consciência de que não são realidade. O uso de *narcóticos* manifesta-se numa reduzida sensação de fome e sede, pouco vigor sexual, sonolência, letargia, falta de concentração, discernimento e autocontrolo e uma respiração superficial. A *cannabis*, ou *marijuana*, por sua vez, provocam secura nos olhos e boca, pode produzir intolerância à glucose, levando a hiperglicemia, olhos vermelhos e aumento do ritmo cardíaco e subida da pressão arterial (Phipps, Sands, & Marek, 2003, pp.429-430).

## **Tabaco**

É recorrente ouvirmos falar nos malefícios do tabaco e estarmos frequentemente cientes dos seus efeitos. As consequências do tabaco para a saúde são alarmantes e este continua a contribuir para muitas mortes. Segundo dados do National Cancer Institute, 434.000 pessoas morrem, em cada ano, de doenças relacionadas com o tabagismo, e o fumo passivo é responsável por cerca de 3000 mortes por cancro de pulmão, em cada ano, e tem múltiplos efeitos no feto em desenvolvimento. A OMS prevê que estes factos se agravem e adianta que em 2020 o tabaco pode ser a maior causa de mortalidade e invalidez, causando mais mortes que, por exemplo, a tuberculose, VIH, e acidentes de viação (Liga Portuguesa Contra o Cancro). É possível, ainda, constatar no portal da Liga Portuguesa Contra o Cancro que cerca de 30% dos cancros; 80% dos casos de doença pulmonar crónica e 80% dos casos de bronquite crónica são provocados pelo consumo de tabaco.

Como referem Phipps, Sands e Marek (2003, p.64) “fumar está diretamente associado à incidência e mortalidade por cancro do pulmão e doença pulmonar obstrutiva crónica, contribui também para o cancro da bexiga, do rim, do pâncreas e dos órgãos reprodutores femininos. Os mesmos autores referem que o tabagismo tem sido implicado como a principal causa de doenças pulmonares, havendo uma forte relação entre o tabagismo e o desenvolvimento ou exacerbação da bronquite crónica, enfisema, asma, cancro de pulmão e infeções respiratórias. O portal da Liga Portuguesa Contra o Cancro acrescenta que os fumadores são mais passíveis de sofrer de disfunção eréctil, do que os não fumadores.

O consumo de tabaco aliado ao consumo de álcool aumenta, substancialmente, a incidência de muitos cancros do sistema gastrointestinal (Phipps, Sands, & Marek, 2003) e os seus efeitos adversos manifestam-se, também, ao contribuir para a incidência da doença das coronárias, hipertensão, doença vascular periférica e doença vascular cerebral, para além de afetar a saúde reprodutiva de um casal.

São inúmeros os problemas de saúde potenciados pelo consumo de tabaco, pois o seu fumo “contém mais de quatro mil compostos químicos com efeitos tóxicos e irritantes, dos quais mais de 40 são reconhecidos como cancerígenos”, como é exposto no portal da liga portuguesa contra o cancro.

## **Álcool**

Nas sociedades ocidentais, o êxito social e a procura de prazer tornam o álcool “o rei de todas as drogas” (Calafat, 2002, p. 318), “a droga social por excelência”, deixando de estar associado à alimentação e estando presente em fins-de-semana e tempo livre (Calafat & Munar, 1999, p. 61).

O consumo de álcool é um comportamento social que está associado a tradições de convivialidade, pois as características psicotrópicas do etanol, em doses baixas, permitem uma feliz convivência, mas o consumo social de álcool não pode ser confundido com o consumo dependente, consistindo este último numa relação patológica com o mesmo (Adès & Lejoyeux, 1997).

O alcoolismo é, infelizmente, um problema muito comum, que para além de potenciar diversos problemas, agrava algumas perturbações de saúde que já possam existir. Os avanços científicos no que respeita à fisiologia da célula nervosa e os conhecimentos do efeito do álcool sobre o sistema nervoso, conduziram a uma abordagem científica dos problemas associados ao consumo de álcool (Mello, Barrias, & Breda, 2001).

Como referem Phipps, Sands e Marek (2003), o álcool afeta todos os sistemas orgânicos, conduzindo a muitas doenças. Para além do seu elevado valor calórico, não tem benefícios em termos nutritivos e não precisa de digestão, sendo absorvido tanto pelo estômago, como pelo intestino. Trata-se de uma substância psicoativa que pode provocar alterações no sistema nervoso (OMS, 2005a) e alguns dos seus efeitos, imediatos ou a prazo, são revelados ao nível do sistema nervoso central, cardiovascular, músculo-esquelético, hepático, gastrointestinal, renal e pâncreas.

Como indicam Phipps, Sands e Marek (2003, p.417) os seus efeitos imediatos conduzem à depressão, perda de memória, capacidade de concentração, taquicardia, hipertensão, redução da capacidade muscular para o trabalho, maior suscetibilidade à infeção, irritação da mucosa gastrointestinal, obstipação ou diarreia, estimulação de secreções gástricas e da produção do ácido gástrico. A prazo, o consumo de álcool, pode originar atrofia cerebral, perturbações do sono, doenças coronárias, gastrite, pancreatite, cirrose hepática e cancro, nomeadamente da boca e do esófago. O álcool acarreta consequências, também, ao nível da fertilidade, comprometendo o aparelho reprodutor masculino e feminino, causando desequilíbrios hormonais, afetando a produção e a qualidade de esperma e a ovulação.

A agravar, o consumo de álcool está frequentemente associado a comportamentos de risco, entre os quais se incluem as relações sexuais desprotegidas, havendo possivelmente, de acordo com a OMS (2005a), ligação entre o consumo de álcool e infeção VIH/SIDA. Também os acidentes de viação têm, entre as suas cinco principais causas, o consumo de álcool (OMS, 2005a).

Para além de todas as patologias a nível biológico e da diminuição da capacidade de zelo próprio, já referidas, o aumento do consumo de álcool interfere ao nível das relações sociais, acarretando consequências negativas no que respeita às amizades, à vida familiar, ao estudo e ao trabalho, acabando por interferir com a saúde, a felicidade e o bem-estar (CRAN, 2004).

A Organização Mundial de Saúde reitera todos os problemas que o consumo de álcool pode provocar no indivíduo, ao nível físico e psíquico, e nas relações familiares, sociais e profissionais bem como as suas consequências legais, morais e económicas, e em 1980 apresenta a expressão Problemas Ligados ao Álcool (PLA), a qual representa uma perspetiva mais alargada das consequências associadas ao seu consumo, que atingem o indivíduo, a família e a comunidade em geral (Mello, Barrias, & Breda, 2001).

Existem dados estatísticos que afirmam que o álcool é responsável por 3,7% do total de mortes a nível mundial, por 14,4% da morbilidade mundial (OMS, 2007), por 13% dos Anos de Vida Potencial Perdidos (AVPP) devido a traumatismos não intencionais e por 15% dos Anos de Vida Potencial Perdidos (AVPP) devido a traumatismos intencionais (suicídios e homicídios) (OMS, 2005a).

O álcool é uma das principais causas de morte e invalidez na Europa, e o terceiro fator de risco de morbilidade, atrás apenas da hipertensão e do tabagismo (OMS, 2005b). Em 2002, morreram 600.000 europeus de causas relacionadas com o alcoolismo, representando 6,3% de mortes prematuras, das quais 63.000 corresponderam a jovens entre os 15 e os 29 anos de idade (OMS, 2005b).

## **Cafeína**

A cafeína é uma das substâncias psicoativas, socialmente, mais aceite e usada em todo o Mundo e está presente em diversos produtos, nomeadamente no café, alguns chás, coca-cola e em alguns medicamentos.

Esta substância tem a capacidade de estimular o sistema nervoso central (Phipps, Sands, & Marek, 2003) e quando consumida em excesso pode causar dependência.

O consumo de cafeína pode afetar o aparelho digestivo e os rins e o seu uso recorrente tem manifestações ao nível do aumento da pressão arterial, aumento do débito urinário, desconforto (acidez) gástrico, taquicardia, nervosismo e insónias (Phipps, Sands, & Marek, 2003), como tal deve ser consumida com moderação.

### **2.6.5. Stress**

O termo *stress* é usado há bastante tempo “como referência a uma tensão ou pressão, mental e emocional” Phipps, Sands e Marek (2003, p.121).

Os mesmos autores fazem referência à realização de diversos estudos exaustivos sobre os seus efeitos, ao nível fisiológico e psicológico, e as consequências do *stress* crónico e excessivo, uma vez que este afeta negativamente a saúde e está associado a uma maior incidência de risco e vulnerabilidade à infeção.

Podemos considerar diversas doenças que são exacerbadas pelo *stress*, no entanto, destacamos as doenças ao nível cardiovascular, podendo causar dor no peito/angina, palpitações, hipertensão, AVC, aterosclerose e doença vascular periférica (Phipps, Sands, & Marek, 2003).

### **2.6.6. Diabetes**

A diabetes é uma “doença crónica que se caracteriza pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue e pela incapacidade do organismo em transformar toda a glicose proveniente dos alimentos” (Ministério da Saúde, 2005a).

Esta é uma doença que deve ser devidamente tratada e controlada pois os elevados níveis de insulina em circulação afetam, entre outras coisas, o metabolismo lipídico, contribuindo para a deposição de lípidos nas artérias coronárias. Como referem Phipps, Sands e Marek (2003,p.720), citando o centers for disease control and prevention: diabetes surveillance (1983), “ a incidência da doença das artérias coronárias, em indivíduos com diabetes mellitus, é duas a três vezes superior à que se verifica nos não - diabéticos”.

Uma forma de controlar a diabetes passa pela farmacoterapia, mas existem alguns comportamentos preventivos da doença, como por exemplo, uma dieta adequada, que ajuda a neutralizar a gravidade de uma doença das artérias coronárias.

O Ministério da Saúde (2005a) indica como formas de prevenção da doença, o controle rigoroso da glicemia, da tensão arterial e dos lípidos; vigilância dos órgãos mais sensíveis, como a retina, rim, coração e nervos periférico; bons hábitos alimentares; prática regular de exercício físico; não fumar e manter os níveis de colesterol e triglicéridos controlados e dentro dos parâmetros aconselhados pelos médicos.

### **2.6.7. Hipertensão arterial**

A hipertensão é definida como o aumento da pressão arterial acima dos 140/90 (Phipps, Sands, & Marek, 2003) e é reconhecida como um fator de risco das doenças cardiovasculares (Ministério da Saúde, 2006c), porque afeta a capacidade do vaso sanguíneo de se contrair e dilatar.

O controle desta doença está em muito relacionado com estilos de vida e constituem fatores de risco, a obesidade, o consumo exagerado de sal e álcool, sedentarismo, má alimentação, tabagismo e *stress*. (Ministério da Saúde, 2006c). O controle da doença é possível com fármacos, mas como é referido no Ministério da Saúde (2006c) “a adoção de um estilo de vida saudável constitui a melhor forma de prevenir a ocorrência de hipertensão arterial”.

Entre os hábitos de vida saudáveis destacam - se, a redução da ingestão de sal na alimentação, preferência por uma dieta rica em frutos, vegetais e com baixo teor de gorduras saturadas, prática regular de exercício físico, consumo moderado de álcool, cessação do hábito de fumar e no caso dos indivíduos obesos é aconselhável uma redução de peso (Ministério da Saúde, 2006c).

Todos os cuidados acima descritos permitem um estilo de vida mais saudável e com menor risco para a saúde, no entanto, não invalidam uma medição regular da tensão arterial como forma de vigilância.

### **2.6.8. Lazer**

O lazer e o tempo dedicado a este prazer é um direito de qualquer pessoa, é algo saudável e que deve ser promovido, seja em grupo ou individualmente. Como referem Ferreira et

al. (2009, p.65), “na adolescência a importância do lazer tem sido realçada devido ao impacto que apresenta na promoção da saúde e bem-estar global dos jovens” e este tempo de lazer é “utilizado muitas vezes para o convívio interpessoal, essencial nesta fase de desenvolvimento” (Matos & Sampaio, 2009, p.63).

Atualmente, as crianças têm à sua disposição, e de modo facilitado, um conjunto de aparelhos eletrônicos que podem experimentar e explorar, sendo que as atividades lúdicas de outrora quase deixaram de existir e as formas de divertimento atuais passam pelo uso de computador, playstation, Internet, *chats*, entre outros. Os jovens, hoje em dia, têm um acesso facilitado, rápido e eficaz a um vasto leque de informações, que estão à distância de um clique e *sempre conectados, são capazes de fazer várias coisas ao mesmo tempo (...) e a sua curiosidade, que sempre existiu e é uma das suas grandes riquezas, é agora mais depressa satisfeita pelo acesso ao Google* (Matos & Sampaio, 2009, p.62), o que pode ser uma vantagem no esclarecimento de dúvidas relacionadas com saúde que os jovens queriam ver satisfeitas, mas permite, também, a divulgação de muitos fatores de risco para a saúde.

Assim, é necessária uma grande atenção dos pais ao tempo de lazer dos seus filhos e aos seus hábitos, como referem Ferreira et al. (2009), se por um lado o tempo de lazer promove a saúde e o bem-estar dos adolescentes, é importante na gestão de rotinas e ainda pode favorecer a descoberta de vocações, é crucial que os pais estejam cientes que esta é também uma forma de descobrir nos seus filhos comportamentos errados, pois permite identificar casos de isolamento social ou hábitos de lazer comprometedores com a saúde. Apesar de ser “salutar que pais e filhos encontrem tempos de lazer conjuntos (...), pelo menos a partir de certa altura, se as atividades com a família são as únicas atividades de lazer do adolescente, isso poderá ser sinal que algo não vai bem com o seu desenvolvimento e a sua socialização” Ferreira et al. (2009, p.70),

### **2.6.9. Cuidados com a pele**

A pele, ou tegumento, é o maior órgão do corpo humano e está exposto à maioria das condições adversas do ambiente externo e proporciona a primeira linha de defesa do organismo, ao mesmo tempo que é afetada pelas mudanças no ambiente interno.

A primeira medida de prevenção de doenças dermatológicas passa por evitar os agentes causadores, sendo que esta tarefa não é de prática fácil, pois muitas doenças não possuem causas conhecidas, ou são hereditárias.

No Ministério da saúde (2010b) são indicados como fatores de risco para desenvolver doenças de pele, a pele clara e sardenta, cabelo ruivo ou loiro, olhos claros, queimaduras solares fáceis e bronzado difícil, antecedentes de queimaduras solares, exposição irregular e intermitente ao sol, vários sinais no corpo e antecedentes de melanoma em familiares.

Como alertam Phipps, Sands e Marek (2003), existem alguns cuidados básicos, diários, que devemos ter com a pele (e.g., fazer uma boa higiene). A pele normal deve ser lavada com a frequência suficiente para remover o excesso de excreções que libertamos através desta e prevenir o odor. O duche deve ser tomado com cuidado, para evitar irritação ou secura, a imersão não deverá exceder os 20 a 30 minutos e a água deverá estar a uma temperatura adequada, geralmente entre os 32° e os 38°C. Após o duche a pele deve ser seca de modo suave e aplicada uma loção para prevenir a secagem.

Quanto aos malefícios do sol, é reconhecida a importância de uma boa proteção dos seus efeitos nocivos, dado que

a luz solar danifica a pele, uma vez que a luz UVA contribui para o envelhecimento e carcinogénese da pele e a luz UVB produz queimadura e ativação da melanina, o que se traduz por bronzeamento. O bronzeamento solar leva eventualmente à aspereza e enrugamento permanente da pele; portanto não existe o bronzeado seguro. (Phipps, Sands, & Marek, 2003, p.2362).

Mc Millan (1992 cit. por Phipps, Sands, & Marek, 2003, p.292), refere “(...) que a destruição do ozono possa ser um fator influente nas taxas, em crescimento, do cancro da pele”. Este tipo de cancro é mais frequente em pessoas que trabalham ao ar livre, como marinheiros, operários de construção e trabalhadores rurais, e em áreas do corpo mais expostas à luz solar, sendo que os indivíduos de pele clara são os mais suscetíveis.

Existem formas de nos protegermos dos raios UV e bloquear, ou minimizar, os seus malefícios, como por exemplo, usar roupa opaca, guarda-sóis, chapéus, evitar a exposição direta e prolongada ao sol nas horas de maior calor, entre as 10h e as 16h, e usar proteção solar, com proteção (SPF) de pelo menos 15. Uma vez que os protetores solares são facilmente removidos pela ação da água devem ser repostos continuamente, após a saída da água ou no caso de transpiração. Esta proteção deve ser feita também ao nível dos lábios ou com uso de um batom escuro (Phipps, Sands, & Marek, 2003).

Os efeitos adversos da poluição também se fazem sentir na pele, como afirmam Phipps, Sands e Marek (2003, p.293) “os efeitos carcinogénicos da poluição do ar estão claramente associados ao risco dos cancros do pulmão ou da pele, quando haja inalação ou contacto direto com a pele exposta”, como tal, devemos evitar locais muito industrializados, onde estão concentradas grandes quantidades de poluentes industriais e acumulação de gases como o dióxido de carbono. Em contrapartida, é importante favorecer a frequência de locais ao ar livre com bastante oxigenação, nomeadamente, espaços verdes.

É importante considerar que os cuidados normais com a pele devem incluir, sempre, uma especial atenção à observação regular de áreas cutâneas pigmentadas, por forma a detetar qualquer alteração no tamanho, cor ou aparência geral, alterações que devem ser imediatamente comunicadas ao dermatologista, pois pode significar um sinal de alarme.

#### **2.6.10. Cuidados com o aparelho reprodutor**

Existem diversas doenças associadas ao aparelho reprodutor, nomeadamente o feminino, e há algumas medidas preventivas que permitem minimizar os efeitos dos fatores de risco.

Phipps, Sands e Marek (2003, p.1744), indicam como fatores de risco para infeções da vulva e da vagina, os baixos níveis de estrogénio, o uso de contraceptivos orais, uma higiene inadequada, o uso de contraceptivos vaginais (e.g., espuma ou cones vaginais), ter relações sexuais frequentes com vários parceiros, ou parceiros infetados, e usar vestuário apertado, não absorvente e que retém o calor.

Os mesmos autores referem como fatores de risco para o cancro do colo do útero, a idade precoce do primeiro coito, a existência de múltiplos parceiros sexuais, parceiros de elevado risco e a primeira gravidez em idade precoce. São indicados, ainda, alguns fatores de risco potenciais como o uso intensivo de pó de talco, tabagismo, uso de contraceptivos orais, carência de vitaminas A e C e diabetes (Phipps, Sands, & Marek, 2003, p.1758)

Como ações preventivas, há alguns cuidados importantes para evitar as infeções vaginais e prevenir o cancro do colo do útero. Phipps, Sands e Marek (2003) assinalam a importância de uma correta higiene pessoal, limpar a região vaginal completa e diariamente, com um sabonete suave e água, e ter em atenção alguns cuidados mais específicos como, limpar a zona genital da frente para trás após ter evacuado, evitar o uso de irritantes vaginais,

(e.g., desodorizante ou sabonete perfumado, desodorizantes em *spray*) e evitar duches muito frequentes, pois podem alterar o pH vaginal. O uso de uma roupa interior adequada merece especial atenção, pois esta deve ser de algodão, trocada diariamente e não deve ser apertada entre as pernas e coxas. Uma vez que o parceiro sexual é um interveniente ativo ao poder favorecer possíveis infeções, a prevenção passa, também, por se certificar de que o mesmo não tem sinais de infeção e usar um método – barreira de contraceção.

Os cuidados com a alimentação constituem uma forma de prevenção de doenças ao nível do aparelho reprodutor, pelo que se devem ingerir alimentos ricos em vitamina C que ajudam a aumentar a acidez das secreções vaginais (Phipps, Sands, & Marek, 2003, p.1745).

Nunca é demais reforçar a relevância do uso do preservativo durante o coito, como forma limitativa da transmissão de DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e vírus genitais e deve-se incentivar as adolescentes a retardar o início da atividade sexual e limitar o número de parceiros sexuais.

No caso do sexo masculino, alguns dos fatores de risco e formas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis referidos, são transversais também ao homem. Porém, destacamos a importância de uma correta higiene íntima, não fumar, usar preservativo de látex nas relações sexuais, limitar o número de parceiros sexuais, urinar após a relação sexual e usar roupa interior de algodão, limpa e solta de modo a não estar apertada na zona genital (Phipps, Sands, & Marek, 2003, p.1871).

Fatores de risco como o *stress*, a fadiga, a diabetes mellitus, doenças vasculares (hipertensão, doença vascular periférica) e traumatismo da área perineal, podem conduzir à impotência e comprometer a saúde reprodutiva (Phipps, Sands e Marek, 2003, p.1859).

É importante ter em consideração que nem sempre as medidas preventivas são suficientes na prevenção de infeções e doenças, pelo que é necessário reconhecer os seus possíveis sinais, para que a intervenção seja imediata e os seus efeitos minimizados, e estar ciente da importância da realização regular do rastreio, através do exame de Papanicolaou, na mulher, e exames de rotina no homem.

## **2.7. PREVALÊNCIA DAS DOENÇAS E DOS DETERMINANTES DE SAÚDE RELACIONADOS COM OS ESTILOS DE VIDA, NA POPULAÇÃO PORTUGUESA**

Uma vez identificados os principais determinantes da saúde relacionados com o estilo de vida e os comportamentos de risco e protetores para a saúde, consideramos importante verificar a sua prevalência por entre a população portuguesa.

Para se efetuar uma qualquer intervenção que tenha como propósito a educação e promoção da saúde é crucial identificar os determinantes de saúde mais prevalentes entre a população, para determinar os que necessitam de uma maior intervenção e reforço. Como afirma Precioso (2001b, p.62)

qualquer ação preventiva do consumo de uma determinada substância deve ter como base um sólido conhecimento absoluto e relativo da sua prevalência (epidemiologia), para em face dele se ajuizar a magnitude do problema e avaliar a necessidade de intervenção e a curto e médio prazo avaliar o sucesso da mesma.

Atualmente, existem diversos estudos que permitem conhecer a prevalência de determinadas doenças no nosso país e especificamente saber a tendência de prevalência ao longo dos anos em doenças consideradas a causa de muitas mortes prematuras.

O envelhecimento e os estilos de vida menos saudáveis são dois fatores que agravam o aumento da prevalência da doença crónica, nomeadamente as doenças cardiocirculatórias, hipertensão arterial e diabetes, sendo que os dois últimos são também importantes fatores de risco para outras doenças, e a sua prevalência na população portuguesa está a aumentar (Ministério da Saúde, 2011). Segundo dados nacionais de um inquérito efetuado pelo INSA e INE (2009), houve um aumento da prevalência de casos de tensão arterial alta, na população residente no continente entre 1999 e 2005, e o mesmo se verificou em relação à diabetes. A hipertensão é a doença crónica mais frequente entre a população portuguesa (INSA & INE, 2009).

No entanto, dados obtidos no mesmo inquérito revelam que a maioria da população residente em Portugal tem uma preocupação com a monitorização da sua tensão arterial e do colesterol e verifica-se uma preocupação crescente desta monitorização com a idade (INSA & INE, 2009).

As doenças crónicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, cancro, patologia respiratória crónica, diabetes mellitus, as doenças osteoarticulares e as perturbações

da saúde mental, como a depressão, segundo o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, do Ministério da Saúde, “constituem, hoje, a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas”. No mesmo documento, são indicados como os principais fatores que estão na origem dessas doenças, “os erros alimentares, a obesidade, o consumo de tabaco, a ingestão excessiva de álcool, a inatividade física e a má gestão do stress” (Ministério da Saúde, 2003, p.1).

Dados do INE (2009) referidos pelo Ministério da Saúde (2011) indicam que as doenças do aparelho circulatório, as causas externas e os tumores malignos são as principais causas de mortalidade considerada prematura e as doenças do aparelho respiratório e digestivo são as principais causas de internamento de jovens com menos de 18 anos, segundo dados da ACCS (2010) indicados pelo Ministério da Saúde (2011). As doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca são as principais causas de anos de vida potenciais perdidos (AVPP) evitáveis por cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2011).

A obesidade é uma doença crónica e segundo dados do INSA & INE (2009), em 2005 afetava cerca de 15,2% da população portuguesa adulta. Nos jovens com idades inferiores a 15 anos a sua prevalência é reduzida, no entanto, esta é uma doença que aumenta o seu grau de prevalência consoante a idade. Segundo dados presentes no mesmo inquérito, a prevalência de obesos em Portugal aumentou nos últimos anos (INSA & INE, 2009), sendo que o excesso de peso nos adolescentes também aumentou (Matos et al., 2010c).

As patologias referidas estão indicadas como causa de muitas situações de incapacidade e de perda de qualidade de vida dos indivíduos, e

*têm como etiologia comum, um conjunto de fatores, fundamentalmente, ligados aos estilos de vida individuais, pois a forma como cada indivíduo gere o seu próprio capital de saúde ao longo da vida, através de opções individuais expressas no que poderemos entender como estilo de vida, constitui assim uma questão fulcral na génese da saúde individual e coletiva* (Ministério da Saúde, 2003, p.1).

Uma vez que a nossa intervenção pretende aferir os conhecimentos dos alunos no que a estilos de vida saudáveis dizem respeito, e esses conhecimentos se avaliam através dos comportamentos (protetores e de risco) referidos pelos alunos, consideramos relevante analisar alguns estudos portugueses que encerram os principais comportamentos da população portuguesa, em geral, e dos adolescentes, em particular, e deste modo, alertar-nos para a

importância da prevenção que permita a redução da instalação de maus hábitos, que resultam de estilos de vida menos corretos.

No que concerne à prevenção de doenças, nomeadamente relativas à saúde oral, em 2005, grande parte da população portuguesa (86%) com idades iguais ou superiores a dois anos já tinham consultado um técnico de saúde oral em algum momento da sua vida. No entanto, da mesma franja de população apenas 46,3% o tinham efetuado nos 12 meses anteriores à entrevista. O maior grupo de pessoas que consultou o dentista nos últimos 12 meses refere-se aos menores de 15 anos, sendo que este facto diminui com a idade (INSA & INE, 2009).

No grupo de habitantes que consultaram um técnico de saúde oral nos últimos 12 meses é possível saber que entre as causas apresentadas se encontram, principalmente, a higienização (21,2%), dores ou outra situação de emergência (15,8%) e extração de dente (15,3%). É importante salientar que apenas 7,6% dos habitantes o indicou fazer por visita anual ao dentista e 5,6% para conhecer o estado de saúde da sua boca (INSA & INE, 2009).

Quanto à higiene oral, dados obtidos pelo HBSC 2010, a maioria dos adolescentes lava os dentes mais que uma vez por dia (Matos et al., 2010c), o que demonstra hábitos de higiene oral.

Relativamente aos hábitos alimentares, a grande maioria da população residente em Portugal em 2005 (92,4%) fazia as três refeições principais por dia. Este seria um indicador positivo, não fosse o facto de 1/3 da população referir que não ingeria qualquer alimento fora dessas refeições, facto que se agravou ligeiramente em relação ao inquérito de 1998. No entanto, é de salientar que é no grupo etário menor de 15 anos que esta situação perde expressão, pois a maioria refere comer duas vezes por dia, fora das refeições (INSA e INE, 2009). Um estudo destinado a adolescentes portugueses indica que a sua maioria mantém o hábito de tomar o pequeno-almoço todos os dias (Matos et al., 2010b).

Quanto ao tipo de alimentos que compõem as principais refeições do dia, as principais refeições da população portuguesa em 2005 eram constituídas essencialmente por pão e batatas, arroz ou massa, marcando presença em cerca de 90% das refeições. O leite e seus derivados têm também uma presença forte, bem como a fruta e os legumes. Verifica-se, que a população detém uma preferência mais significativa pela carne em relação ao peixe (INSA & INE, 2009).

Entre as principais refeições, o pão continua a estar em destaque no grupo de alimentos preferidos, bem como o leite e seus derivados e a fruta. Observamos que a população dá

principal preferência a estes alimentos em detrimento de bolos, chocolates, sobremesa, sumos e guloseimas (INSA & INE, 2009).

No entanto, nos dados relativos aos adolescentes portugueses, é de salientar que a maioria dos alunos come doces e bebe colas ou refrigerantes mais do que uma vez por semana (Matos et al., 2010b).

No que concerne à atividade física, 41% da população residente em Portugal em 2005, com idades compreendidas entre os 15 e os 69 anos, indicou que andava pelo menos uma hora diária e cerca de 10,6% andava em média meia hora por dia. Por sua vez, a maioria da população (60,9%) indicou que o tempo em que estava sentada ou deitada (acordada) era de pelo menos três horas por dia (INSA & INE, 2009). Nos dados relativos aos jovens portugueses, um estudo do HBSC 2010 mostra que metade dos adolescentes portugueses pratica atividade física três vezes ou mais por semana (Matos et al., 2010b).

Relativamente ao consumo de tabaco o Inquérito Nacional de Saúde (INSA & INE, 2009) diz-nos que em 2005, 19,7% da população residente em Portugal era fumadora e desse valor a maioria das pessoas fazia-o diariamente. Após uma análise efetuada pelos investigadores, verificaram que a maioria desses fumadores tinha iniciado o hábito de fumar entre os 15 e os 19 anos, havendo uma maior evidência na população com menos de 25 anos. No entanto, na população idosa fumadora, estes tinham iniciado o consumo de tabaco com menos de 15 anos. É importante referir que no grupo etário dos 10 aos 24 anos, grupo etário no qual se inserem os alunos presentes nesta investigação, a percentagem de pessoas que inicia o consumo de tabaco antes dos 15 anos sofreu um aumento em relação a dados anteriores (INSA & INE, 2009).

Em 2010, a grande maioria dos adolescentes não fumava e é um dado que tem vindo a aumentar desde inquéritos efetuados em 2002 (Matos et al., 2010b).

O Inquérito Nacional de Saúde, para obter dados relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas pela população residente em Portugal em 2005, aferiu a percentagem de pessoas que ao longo do ano anterior tinha bebido pelo menos uma bebida alcoólica, chegando a um total de 53,2%. Deste valor, cerca de 40% dos indivíduos referiu ter bebido pelo menos uma bebida alcoólica na última semana (INSA & INE, 2009).

Quanto às preferências dos indivíduos, relativamente às bebidas alcoólicas, a cerveja e o vinho estão no topo de preferências, e é de destacar que a segunda preferência de bebidas, entre os jovens com idades inferiores a 15 anos, são os licores, martini e vinho do Porto (INSA & INE, 2009).

Segundo o inquérito do HBSC 2010, a maioria dos jovens não consome bebidas destiladas e nunca se embriagou, nem consumiu drogas no último mês (Matos et al., 2010b).

No uso de métodos contraceptivos, o Inquérito Nacional de Saúde mostrou que do número de mulheres residentes em Portugal, em idade fértil, 85,1% estava a utilizar um método contraceptivo no momento da realização da entrevista, sendo que esta utilização se revelou mais expressiva nas mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 34 anos, vindo a percentagem a diminuir com a idade. O método contraceptivo preferencial é a pílula contraceptiva, sendo a sua utilização particularmente elevada até aos 34 anos. A utilização do preservativo, por sua vez, tem mais expressão em grupos etários que, ou iniciam a, ou finalizam a idade fértil, 15-19 anos e 50-55 anos (INSA & INE, 2009).

Quanto aos adolescentes portugueses, a sua maioria refere que nunca teve relações sexuais e dos que já as tiveram, a maioria usou preservativo aquando da relação sexual, sendo que a sua percentagem de uso tem vindo a aumentar desde 2002 (Matos et al., 2010b)).

Pelos dados relativos à prevalência de algumas doenças e dos principais determinantes de saúde, constatamos que a saúde dos adolescentes portugueses reflete mudanças positivas, com a diminuição de alguns comportamentos de risco, no entanto, “a saúde constrói-se e mantém-se” através da promoção de competências pessoais e interpessoais, de uma boa comunicação e apoio da família e do grupo social e escola (Matos et al., 2010c).

## **2.8. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

### **2.8.1. Importância da educação para a saúde**

A educação para a saúde, tal como é definida no portal da liga portuguesa contra o cancro é a

(...) ciência social que procura promover a saúde e prevenir a doença, incapacidade e morte prematura, por intermédio de atividades educativas facilitadoras da mudança voluntária do comportamento e com estreita ligação às ciências biológicas, ambientais, psicológicas e médicas.

No mesmo sentido, Candeias (1997, p.210) refere que “são quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vista a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”, ou seja, são todas as ações previamente planeadas, que não ocorrem de modo acidental, que combinam diversos fatores que determinam o comportamento humano, em

diversos contextos de aprendizagem e intervenções educativas, com o intuito de possibilitar, que as pessoas ou a comunidade, de modo voluntário, possam adotar comportamentos que tragam alguma influência positiva à sua saúde (Candeias,1997).

A meta número quinze da Saúde Para Todos (OMS, 1985, p.72), refere que: “(...) até 1990 todos os Estados Membros deveriam ter programas de educação para a saúde com a finalidade de dar à população os conhecimentos, as capacidades e as motivações necessárias para a preservação da sua saúde”. Neste sentido, a OMS reitera que para os indivíduos alterarem comportamentos e/ou adotarem comportamentos benéficos para a saúde é necessário conhecerem as consequências dos seus atos e os atos mais benéficos para a saúde, saberem agir de modo adequado, colocá-los em prática e terem a motivação necessária para o fazer. Segundo a perspectiva assente no plano nacional de saúde 2011-2016, “educar envolve a promoção da literacia em saúde, fundamental para que os doentes possam, de uma forma esclarecida e responsável, ser parte ativa nas decisões de saúde” (Ministério da Saúde, 2010).

Atualmente é aceite que uma educação para a saúde eficaz é aquela que não adota somente um cariz informativo, embora se considere que a informação é indispensável e crucial, pois permite uma participação, individual ou coletiva, ativa e consciente, em todos os processos de tomada de decisão, de modo a optarem pelas opções que promovam a saúde (Castanheira, 1989). Contudo, esta, isoladamente, não é suficiente e “paralelamente à informação há que mudar mentalidades, crenças, atitudes, e comportamentos. E, claro, mudar o ambiente de modo a permitir a mudança, mantendo um estilo de vida saudável e agradável” (Matos & Sampaio, 2009, p.24).

Podemos comprovar que a informação, por si só, não é suficiente, quando os jovens referem que têm fácil acesso e conhecem os comportamentos de risco e de proteção da sua saúde, mas não sabem como os pôr em prática e adotar um estilo de vida saudável (Matos & Sampaio, 2009). Deste modo, a educação para a saúde não se deve restringir à mera informação, limitar-se a rastreios, campanhas promocionais e educativas ou aconselhamento sobre estilos de vida (Castanheira, 1989), a EpS requer um trabalho intenso, preparado e capaz de dotar os indivíduos de capacidades para lidar com os fatores que originam o comportamento não saudável.

Na perspectiva de Matos e Sampaio (2009, p.25), a pergunta: Como adotar posturas condizentes a práticas saudáveis e não adotar comportamentos de risco? tem duas respostas, primeiro agindo sobre o ambiente e segundo sobre o indivíduo. Os mesmos autores consideram

importante “diminuir o apelo do ambiente a esse risco (sedentarismo, excesso de peso, consumo de substâncias, violência, sexo desprotegido) e potenciar ambientes e contextos favoráveis a um estilo de vida saudável” e reforçam a importância da “responsabilização e a competência individual, ajudando os jovens a autorregular o seu comportamento na eventualidade de ter que fazer face a estes riscos” (Matos & Sampaio, 2009, p.25).

Um inquérito efetuado com jovens portugueses, realizado por Matos et al. (2006b), revela que os jovens, de um modo geral, estão bem informados e esclarecidos no que diz respeito à prevenção de gravidezes indesejadas e doenças sexualmente transmissíveis, mas apresentam dificuldades em ajustar essa informação a ações, a comportamentos conducentes a práticas mais saudáveis, e é neste sentido que se deve apostar em programas que promovam “competências pessoais e sociais que capacitem o jovem a identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, otimizar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão de pares, etc” (Matos, 1998, citada por Matos & projeto Aventura Social e Saúde, 2003, p.36) para que assim, indivíduos e comunidades, sejam capazes de zelar pela sua saúde.

Para que tal se verifique é necessário facilitar um conjunto de competências individuais que conduzam efetivamente a uma alteração de comportamentos de risco por parte dos indivíduos, que implica alterações no conhecimento, compreensão e formas de pensar. Como reforçam Tones e Tilford (1994, p.11),

educação para a saúde é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida.

Como forma de Promoção da Saúde e a Educação para a Saúde, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, em fevereiro 2006, estabeleceram um protocolo onde reconheceram a importância da Promoção da Educação para a Saúde em meio escolar, que permita aos jovens desenvolver competências que os leve a construir um projeto de vida e a capacitá-los para fazerem escolhas conscientes e responsáveis (Ministério da Saúde, 2006a), sendo reconhecido, deste modo, que é necessário integrar ações educativas num vasto contexto de promoção da saúde, para incentivar as pessoas a adotarem estilos de vida saudáveis, tomando as suas próprias decisões e responsabilizando-se pela sua saúde.

É importante referir que para as decisões individuais irem no sentido da saúde e da sua promoção, é imprescindível, como refere Matos e Projeto Aventura Social e Saúde (2003), que o envolvimento físico e social dos indivíduos seja favorável aos estilos de vida saudáveis, permitindo-lhes um fácil acesso, perene e socialmente valorizado. É imprescindível em todo o processo de educação para a saúde, nomeadamente com adolescentes, inclui-los no processo de modo ativo e participativo, pois se estes estiverem envolvidos nas decisões e participarem nas ações que lhes dizem respeito, a si e aos mais próximos, “podem melhor realizar o seu pleno potencial e adquirir atitudes e responsabilidades mais saudáveis” (Matos & equipa do projeto aventura social e saúde, 2003, p.33).

Para cativar os adolescentes e obter a sua participação é crucial que as intervenções sejam adequadas aos seus destinatários, contemplando a “(...) idade, o estágio de desenvolvimento psicológico, cultural e social, os interesses e motivações” e sejam adequados “às finalidades que se propõem atingir (...)” (Castanheira, 1989, p.39), sob pena de os desmotivarem e resultarem em insucesso, conduzindo a efeitos pouco favoráveis, em nada condizentes com a educação para a saúde. O papel do educador deve ser o de “(...) facilitar o desenvolvimento pessoal e social através de métodos que estimulem as capacidades pessoais e a auto – estima, e a participação em atividades alternativas, tendo em vista reforçar a capacidade de tomar decisões adequadas e saudáveis” (Castanheira, 1989, p.39).

Num contexto de educação para a saúde podemos salientar algumas temáticas que visam promover a tomada de consciência dos jovens pelas questões de saúde e são consideradas, atualmente, pelo Ministério da Saúde (2006b), como áreas temáticas prioritárias de atuação, a saber: a alimentação; a atividade física; o consumo de substâncias psicoativas, a sexualidade, as infeções sexualmente transmissíveis, designadamente VIH/SIDA e a violência em meio escolar.

Tendo em conta que os adolescentes se inserem em diversos contextos e, como referimos numa fase anterior desta dissertação, estes influenciam o seu estilo de vida, destacaremos de seguida alguns dos intervenientes no processo de educação para a saúde, nomeadamente a família, a escola, o grupo de pares e os meios de comunicação.

### **2.8.2. Influência educativa da família**

A família é o primeiro contexto social, educativo e afetivo em que a criança está inserida, assegura-lhes o desenvolvimento educativo, económico, social e moral. Como é referido no Despacho n.º 12.045/2006, a família é a primeira escola da criança e deve ter como objetivo a busca e a prática do bem-estar físico, psicológico, social, afetivo e moral. São as relações iniciais que a criança estabelece com a família que moldam e influenciam de forma significativa o modo como ela aprende e se relaciona com os outros, influencia o estilo das ligações afetivas que estabelecemos ao longo da vida (Matos & Sampaio, 2009).

A família é o primeiro grupo de pertença do indivíduo e ao mesmo tempo que se estabelecem relações de amor, afeto, respeito e cooperação, também surgem situações de conflito e crise.

Na fase da adolescência, os jovens têm necessidade de criar o seu próprio espaço e nesta altura, por vezes, surge um certo distanciamento da família, o que pode levar a uma turbulência no seio das relações familiares por não haver vias de comunicação entre pais e filhos, sendo que esta é fundamental para ultrapassar as dificuldades deste período (Sampaio, 1993).

A família deve ajudar o adolescente nesta fase do seu desenvolvimento, que para si é também nova e com conflitos internos, mas deve haver um esforço conjunto, pois ter “a capacidade de adaptação à mudança e a possibilidade de manter um clima de empatia, respeito mútuo e aceitação das diferenças individuais contribuem para um bom percurso do adolescente na construção da sua identidade e autonomia” (Matos & Sampaio, 2009, p.187-188).

Fleming (cit. por Sampaio, 1993, p.103), concluiu na sua investigação que

(...) a capacidade do adolescente se autonomizar está na dependência não só da sua perceção de ter pais que encorajam a sua autonomia, mas também da qualidade emocional do vínculo que os liga: se a emoção básica for o amor, o adolescente progride na sua capacidade de se autonomizar.

Deste modo, a família constitui um espaço de desenvolvimento e crescimento para os seus membros a todos os níveis, e a saúde não deve ser exceção. “Um conceito abrangente de saúde é cada vez mais indissociável da família” (Ministério da Saúde, 2010), pois esta é um suporte importante que deve promover o desenvolvimento dos seus membros, que passa por uma capacitação para lidar com os problemas e mobilizar recursos, de modo a que cada um seja capaz de controlar a sua saúde e agir sobre os fatores que a influenciam (Carrondo, 2006).

Como refere o mesmo autor, os pais são, hoje em dia, considerados cada vez mais indispensáveis no processo de educar para a saúde e são reconhecidos como parceiros de saúde e elementos cruciais no processo de negociação de atitudes e comportamentos. “Os hábitos e comportamentos são influenciados não apenas pela informação de que se dispõe, mas também pelos valores, crenças e atitudes e pelos diferentes contextos de vida, mais ou menos facilitadores de determinadas opções” (Carrondo, 2006, p.76).

Como refere Camacho (2009, p.189), “os modelos parentais, as expectativas e os métodos educativos determinam largamente o repertório de comportamentos da criança, bem como as suas atitudes e objetivos”. Stanhope (1999, cit. por Carrondo, 2006), refere que vários estudos indicam que a família constitui o local onde os indivíduos desenvolvem o conceito de saúde e adquirem os seus hábitos de vida, pois as crianças não nascem com a capacidade de escolher aquilo que lhes é mais saudável e os seus hábitos são aprendidos através da observação, da experiência e da educação (Nunes & Breda, 2001). É neste sentido que o papel da família é preponderante, para a aquisição de hábitos adequados durante os primeiros anos de vida.

Por estes motivos, a família deve ser um contexto prioritário nas intervenções de saúde, uma vez que constitui a primeira instância de socialização da criança e é aqui que se iniciam ou reforçam os “conhecimentos, as crenças, as atitudes e os comportamentos relacionados com a saúde” (Carrondo, 2006, p.77). Assim sendo, a família, nomeadamente os pais, têm um preponderante papel na construção de valores e princípios básicos de respeito pela saúde e pela vida (Ministério da Saúde, 1997).

### **2.8.3. Influência educativa da escola**

Posteriormente à família, a escola é um dos contextos sociais mais importantes na vida das crianças e adolescentes, pois grande parte das horas diárias dos alunos são passadas nesta instituição, muitas vezes por eles designada de “segunda casa”.

O ambiente escolar é importante no desenvolvimento da criança, uma vez que “a entrada na escola traz consigo a importância crescente de ambientes físicos e sociais externos à casa/família, a importância crescente do grupo de pares, e constitui um tempo de aprendizagem e de teste das competências pessoais e sociais” (Baptista et al., 2009, p.203).

Apesar de a escola ser importante na formação dos indivíduos e deter um importante papel na transmissão de normas e padrões comportamentais e no estabelecimento da socialização, esta não é substituta de um conjunto de outros suportes que os jovens necessitam, como a família ou outros espaços dedicados ao lazer e atividades extrafamiliares e extraescolares.

A escola, hoje em dia, assume múltiplos papéis e tem a seu cargo um sem número de funções que pretendem dar resposta às principais necessidades dos alunos, com especial ênfase na educação para a saúde. Como referem Matos e Sampaio (2009, p.198) “a escola não pode resolver todos os problemas pessoais e sociais dos alunos, mas tem um papel na educação para a saúde e bem-estar”. Embora se considere, atualmente, que o campo de ação da EpS é toda a comunidade, é primordial que esta seja reforçada junto dos alunos (Liga Portuguesa Contra o Cancro).

Se nos focarmos na EpS como um processo sistemático de ensino e aprendizagem orientado para a aquisição, eleição e manutenção de práticas saudáveis, evitando comportamentos de risco (Costa & López, 1996), não podemos descurar a formação dos alunos nesta área do conhecimento, ao longo do seu ciclo de vida. Como afirma Gavidia (2003, p.276) “os comportamentos espontâneos não asseguram o máximo de saúde das pessoas, daí a necessidade de que a educação formal obrigatória incorpore a saúde entre os seus objetivos”.

Neste contexto, de acordo com a UNESCO e a Oficina Internacional de Educação e da Saúde, é nas escolas que se deve aprender saúde tal como todas as outras áreas sociais (Precioso, 2004a), pois a escola é considerada “um cenário privilegiado para abordar os adolescentes e implementar intervenções participadas, dirigidas à otimização da sua saúde e bem-estar” (Baptista et al., 2009, p.204), de forma a orientar positivamente os comportamentos, atitudes e valores das crianças e jovens. Em idade escolar, os jovens encontram-se em “(...) fase de formação física, mental e social e estão potencialmente mais recetivos à aprendizagem de hábitos e assimilação de conhecimentos” (Liga Portuguesa Contra o Cancro).

Como refere Baptista et al. (2009, p.205), “um ambiente escolar promotor de saúde poderá ser um recurso para o desenvolvimento de comportamentos de saúde e de bem-estar” e se for compreendido pelos jovens como positivo, pode influenciar o seu comportamento.

Atendendo ao exposto, “o tempo passado na escola representa uma oportunidade de promoção de hábitos saudáveis” (Velooso et al., 2009, p.41) e uma vez que estes, quando aprendidos durante a infância e idade escolar se prolongam, habitualmente, pela idade adulta,

se ensinarmos as crianças e jovens a tomar decisões saudáveis na infância e adolescência, as possibilidades de se tornarem adultos ativos e saudáveis aumentam (Liga Portuguesa Contra o Cancro).

A Organização Mundial de Saúde aponta como o modelo mais válido para promover a saúde e a educação para a saúde, a construção de escolas promotoras de saúde e a formação específica de professores na área, mas para tal é necessário que as universidades tenham em conta a recomendação da Conferência de Viterbo (1989 cit. por Precioso, 2004a) e incluam a EpS na formação inicial de professores.

É possível observar nas escolas, hoje em dia, cada vez mais estruturas que permitem um maior apoio na área da saúde, para além da sala de aula, com a colaboração de professores disponíveis para o efeito e em articulação com as estruturas da comunidade (e.g., centros de saúde). São exemplo destas estruturas os gabinetes de apoio que “permitem a criação de espaços de informação e de aconselhamento onde, em ambiente de alguma privacidade, é possível encontrar respostas para questões de saúde física e mental que podem surgir nos adolescentes” (Matos & Sampaio, 2009, p.201).

A criação destes gabinetes de apoio vão ao encontro das orientações definidas no protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, que contempla que uma das missões da promoção da educação para a saúde na escola é a criação de ambientes onde os jovens se sintam seguros e à vontade para esclarecerem as suas dúvidas e sejam promotores de escolhas conscientes e responsáveis, que permitam às crianças e jovens a criação e desenvolvimento do seu projeto de vida, preparando-os para uma cidadania ativa.

A Escola, ao constituir-se como um espaço seguro e saudável está a facilitar a adoção de comportamentos mais saudáveis aos seus alunos, encontrando-se por isso numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente (Despacho n.º 12.045/2006).

Assim se concebe que a preparação das crianças e adolescentes no século XXI deve ser efetuada neste sentido, no da Educação e da Saúde. Como refere Fernanda Câncio (Matos & Sampaio, 2009, p.13), “a obrigação da escola é, antes de mais, ensinar a pensar e dar instrumentos às crianças e aos jovens para avaliar o mundo e saber escolher o seu caminho. E, no que respeita às questões da saúde, fornecer-lhes as ferramentas para se defenderem daquilo que as põe em risco”.

A educação para a saúde na escola deve promover competências de comunicação interpessoal, de identificação e resolução de problemas e gestão de conflitos, o que permite aos jovens participar e envolver-se mais ativamente quer na vida escolar, quer na vida familiar e favorecer a interação entre estes dois sistemas (Baptista et al., 2009). De um modo geral, pretende-se que o aluno esteja preparado para no momento de saída do ambiente escolar, “(...) seja capaz de cuidar da sua própria saúde e adotar um estilo de vida caracterizado por comportamentos de saúde positivos, que resulte do desenvolvimento de todas as suas possibilidades físicas, mentais e sociais” (Liga Portuguesa Contra o Cancro).

É importante considerar, em todo este processo, o papel do professor, sendo este um mediador privilegiado entre os alunos e as intervenções de promoção da saúde. O professor tem de ter sensibilidade para abordar os assuntos sempre que pertinentes, de forma clara e objetiva (Velooso et al., 2009, p.41). O seu papel é preponderante, pois este ao ser “(...) confrontado com um indivíduo em pleno desenvolvimento e em crise (...)”, tem de assumir muitas vezes outras funções para além da de professor, a “função de educador, de conselheiro, e até de confidente” (Braconnier & Marcelli, 2000, p.129). Quando a relação professor – alunos é pautada por uma comunicação aberta, de apoio e envolvimento, desenvolve nestes sentimentos de bem-estar social e emocional, competência académica e uma sensação de segurança (Baptista et al., 2009).

Alargando a rede de apoio, os professores em parceria com os técnicos de saúde, podem intervir também ao nível familiar, aconselhando pais e encarregados de educação a promover hábitos saudáveis nos jovens como, por exemplo, limitarem o acesso à televisão e videojogos, em detrimento de atividade física e desportiva e facilitando o acesso a uma alimentação mais saudável e equilibrada.

Contudo, é necessário ter em consideração que todas as intervenções e apoio prestado aos alunos e familiares devem ser adequados às suas necessidades. A sociedade portuguesa é caracterizada por uma diversidade cultural e como tal as respostas, quer ao nível dos programas escolares, quer na própria filosofia de ensino devem ser heterogéneas e elaboradas mediante os interesses dos alunos a quem se destinam. Como referem Baptista et al. (2009, p.205) “a democratização do ensino implica que a escola garanta a igualdade de oportunidades para todos os alunos, sendo necessário para tal encontrar respostas diferentes em função das necessidades específicas de cada um”. Neste sentido, “a escola tem de se reinventar (...) adaptar à

heterogeneidade cultural e a públicos que a frequentam sem clivar e/ou estigmatizar franjas da população” (Baptista et al., 2009, p.205).

Em suma, cabe aos pais e à escola terem um papel preponderante no desenvolvimento profissional e pessoal do aluno, preparando-o e tornando-o capaz de enfrentar as adversidades e fazer as suas próprias escolhas conscientes e informadas. Os pais e a escola devem proporcionar às crianças/adolescentes um acesso à informação antecipada, prevenindo-os e preparando-os para os fenómenos que ocorrem ao longo do seu desenvolvimento (Velooso et al., 2009), aprendendo estes a lidar com as suas transformações e minimizando, assim, os efeitos negativos próprios da fase de crescimento.

A escola deve ser percecionada como “(...) uma ‘avenida’ natural para proporcionar aos alunos a aquisição de conhecimentos, atitudes e competências que lhes permitam iniciar, parar ou mudar os comportamentos de saúde e prevenir a doença” (Liga Portuguesa Contra o Cancro), formando jovens capazes de refletir, discernir e fazer as suas próprias escolhas.

#### **2.8.4. Influência educativa do grupo de amigos/pares**

As relações que os jovens estabelecem com o seu grupo de pares são, sem dúvida, experiências ricas sob o ponto de vista social. São relações interpessoais de troca de diversas informações, de diferentes experiências de vida, proporcionadas por distintos ambientes familiares, atividades ou até mesmo diferentes interesses individuais. Nesta partilha de conhecimentos o jovem experiencia a sensação de integração num grupo e esta adesão “(...) responde igualmente a necessidades sociais que permitem ao adolescente sentir-se integrado na sociedade e em particular no grupo de idades”. (Braconnier & Marcelli, 2000, p.43). Apesar de a família ser o primeiro contexto de interação social, “os amigos representam um importante vetor do bem-estar das crianças e dos adolescentes” (Matos & Sampaio, 2009, p.152).

Todavia, como afirmam Braconnier e Marcelli (2000), apesar da importância de pertencer a um grupo, ou ter amigos, é necessário ter em atenção que este constitui um dos principais fatores de risco, sendo o grupo de pares o que maior predomínio exerce nos comportamentos e atitudes do adolescente, principalmente os que estão relacionados com a saúde, uma vez que ao longo do seu desenvolvimento este está sujeito a comportamentos, a práticas e a ambientes que afetam a sua saúde (Epstein & Tamir, 1984 citados por Castanheira, 1989). O grupo ao qual o jovem pertence representa uma *caixa de ressonância*, potenciando

possíveis comportamentos desviantes ou de consumo, numa perspetiva de agrado ao grupo, de busca de plena aceitação e integração no mesmo, seguindo as ações dos colegas, daí que o provérbio comumente utilizado “diz-me com quem andas, dirte-ei que és” seja recorrente na caracterização dos jovens.

É importante compreender que “os amigos são essenciais para o desenvolvimento dos adolescentes” e a solidão que advém da falta de amigos, cria mal-estar e pode levar também ela a comportamentos de risco (Matos & Sampaio, 2009, p.162). Deste modo, os mesmo autores referem que a melhor forma de promover relações sociais de amizade positivas, que tragam bem-estar entre os adolescentes e que previnam o envolvimento em comportamentos de risco, passa por uma boa comunicação entre adolescentes e pais e por um conhecimento dos pais da rede de amizades dos filhos.

Num contexto de educação para a saúde, e confirmando a importância influente do grupo de pares, a OMS considerou a educação pelos pares como uma das estratégias melhor sucedidas na alteração de comportamentos, importante na prevenção de comportamentos de risco.

O grupo de pares, amigos e colegas, são elementos importantes e que auxiliam nas diversas atividades inseridas no contexto escolar, estes são importantes na promoção do desenvolvimento pessoal e social dos jovens, uma vez que o seu apoio, como referem Baptista et al. (2009, p.210) é

(...) facilitador da motivação, autoconfiança, autocapacitação, capacidade para lidar com problemas, desenvolvimento de objetivos e definição de expectativas futuras, utilização construtiva do tempo, compromisso para a aprendizagem e melhoria de competências sociais.

Dada a importância que o grupo de amigos assume na vida do adolescente, segundo vários inquéritos psicossociológicos, referidos por Braconnier e Marcelli (2000, pp.128-129), as relações com os amigos encontram-se em primeiro lugar na ordem das principais preocupações dos jovens.

### **2.8.5. Influência educativa dos meios de comunicação**

Hoje em dia, os adolescentes, mais que nunca, estão sujeitos a uma grande influência dos meios de comunicação de massa. O acesso à informação é grande e realizado em qualquer lugar, a qualquer hora, seja através da internet, da televisão, revistas, entre outros.

Estes são, em parte, a causa da sociedade consumista que nos últimos anos nos tem caracterizado e exercem uma grande influência, através da publicidade, nos adolescentes, que correspondem a “um enorme mercado de consumidores” (Rice, 2000, p.12).

A influência dos *media* vai desde a compra de roupa, equipamentos eletrônicos, passando mesmo pelo consumo de tabaco. “Um segmento fundamental da cultura jovem tornou-se uma cultura de estar-ciente-do-estatuto e de uma busca-de-prestígio” (Rice, 2000, p.12), pois procuram através da aquisição de bens materiais, atingir um certo estatuto, uma posição social.

Os meios de comunicação são um veículo que influencia e exerce uma grande pressão, nomeadamente a pressão cultural do culto de corpo, muitas vezes difundida através de revistas e a televisão, onde os ideais de beleza da cultura ocidental são a magreza, muitas vezes excessiva, que conduz a distúrbios alimentares graves ou até mesmo à morte. Por outra via, nomeadamente a televisão e o computador (internet), promove um conjunto de fatores que conduzem ao excesso de peso, uma vez que ocupa o tempo que poderia ser utilizado em atividade física, favorece a ingestão de alimentos mais calóricos e expõe os jovens a anúncios publicitários de alimentos calóricos que influenciam a sua preferência (Veloso et al., 2009).

Os mesmos autores afirmam que

os jovens, em particular, são muito vulneráveis às maciças campanhas publicitárias por parte de alguns segmentos da indústria alimentar que, associadas à falta de tempo que as famílias têm disponível para refeições de relevância nutritiva, têm conduzido à ingestão de cada vez maiores quantidades de alimentos hipercalóricos” (Veloso et al., 2009, p.36).

Para além das questões relacionadas com a alimentação, há inúmeras campanhas publicitárias apelativas a bebidas alcoólicas que promovem o seu consumo acrescido.

Contudo, não podemos ignorar que os meios de comunicação social são, também, poderosas ferramentas que, quando bem utilizadas, favorecem e apoiam as estratégias de educação para a saúde, por chegarem a um maior número de pessoas, num espaço mais curto de tempo, ajudando a promover hábitos saudáveis (e.g., campanhas para o aleitamento materno) (Tones, 1986).

## **2.9. MODELOS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

A organização de um programa de prevenção em educação para a saúde exige um trabalho prévio de definição de recursos e estratégias necessários à sua consecução. Essa definição deve ser ajustada às necessidades dos seus destinatários e adaptadas ao seu nível de desenvolvimento. Para tal, existem diversos modelos/teorias que orientam a elaboração de intervenções pedagógicas.

No nosso entender, e atendendo à intervenção efetuada no sentido da promoção da saúde, selecionamos por entre os diversos modelos e teorias de educação para a saúde a Teoria de Ação Racional de Ajzen e Fishbein (1980), o Modelo Racional ou Informativo e o Modelo de Crenças em Saúde (MCS) (Mas et al., 1997).

### **2.9.1. Teoria da Ação Racional**

Foram desenvolvidas várias teorias de mudança de comportamento que permitem orientar os programas de prevenção. A Teoria da Ação Racional de Ajzen e Fishbein, por exemplo, “tem ajudado a identificar e a explicar as relações complexas entre conhecimento, crenças e normas sociais percebidas e proporciona uma orientação prática nos conteúdos dos programas educativos para promover a mudança de comportamento num dado conjunto de circunstâncias” (Vilaça, 2007b).

A Teoria da Ação Racional (Ajzen & Fishbein, 1980) parte do pressuposto que as pessoas agem de modo racional no momento da tomada de decisão, ao utilizar e processar, constantemente, todas as informações de que dispõem.

É uma teoria que pressupõe que o comportamento pode ser predito pela intenção que a pessoa tem de o realizar, sendo a intenção considerada o determinante imediato do comportamento. As *intenções comportamentais* são o reflexo do grau de motivação da pessoa para realizar, ou não, o comportamento (força de vontade). Por sua vez, a intenção é determinada pelas *atitudes* individuais face ao comportamento (o sentimento positivo ou negativo para a sua execução) e pela *norma subjetiva* (perceção daquilo que os outros gostariam que nós fizéssemos em determinada situação).

Os mesmos autores referem, ainda, que as *crenças* comportamentais que os indivíduos detêm sobre as possíveis consequências da execução de determinado comportamento influenciam as suas atitudes individuais (Ajzen & Fishbein, 1980).

Em suma, segundo esta teoria, a promoção de atitudes individuais e de uma norma subjetiva desfavoráveis ao consumo ou prática de ações incongruentes com a saúde poderiam conduzir a uma intenção desfavorável e conseqüentemente não seria praticado o comportamento não saudável. Contudo, como referem Fishbein e Azjen (1975, citados por Vilaça, 2007b) é importante considerar dois fatores que podem enfraquecer a relação entre a intenção e a realização do comportamento. Em primeiro lugar, o comportamento que será alvo da intervenção deve estar sob o controlo (vontade) da pessoa, pois a intenção só prediz exatamente o comportamento se a pessoa pode e deseja realizá-lo de livre vontade. Assim, a finalidade central é a predição e compreensão de ações simples, objetivas e observáveis e que estão sob controlo do indivíduo (Fishbein & Middlestadt, 1989, citados por Vilaça, 2007b). Em segundo lugar, é importante considerar a instabilidade das intenções das pessoas. Atendendo a que as ações se desenvolvem mediante um determinado objetivo, contexto e momento, a alteração em qualquer um destes elementos (ação, objetivo, contexto e tempo) redefine o comportamento. Por esta razão, é importante nos programas de visem a alteração de comportamentos, definir o *critério comportamental*, pois os fatores que determinam a sua iniciação podem não ser os mesmos que fazem com que o comportamento se mantenha, aumente, diminua ou se elimine (Vilaça, 2007b).

Na elaboração do programa de promoção de estilos de vida saudáveis, apresentado nesta dissertação, seguimos algumas das orientações desta teoria, no sentido de influenciar as atitudes e a norma subjetiva dos adolescentes, de um modo positivo, para resultar numa intenção de ação favorável. Neste sentido, seguimos algumas das orientações de Vries (1989, cit. por Precioso, 2001b) para influenciar as atitudes. Nas sessões salientamos as vantagens e desvantagens a curto prazo de determinados comportamentos (e.g., influência da má alimentação e do tabaco na estética corporal), uma vez que, geralmente, os jovens consideram as conseqüências a longo prazo como distantes no tempo e por isso pouco prováveis de os afetar; apresentamos argumentos para contrariar as tentativas justificativas dos alunos para minimizar os efeitos negativos dos seus atos; salvaguardamos os alunos que agem corretamente, contrapondo as imprecisões dos argumentos dos colegas e apresentando alternativas às possíveis vantagens dos comportamentos pouco saudáveis e fornecemos-lhes contra-argumentos para fazerem face à pressão dos colegas.

### **2.9.2. Modelo Racional ou Informativo**

O Modelo Racional ou informativo, ou modelo tradicional como o apelidam alguns autores por ser o mais antigo e que por mais tempo se manteve, exige uma atenção especial na sua aplicação devendo sempre ser ajustado aos seus destinatários para se traduzir numa mudança de comportamento.

O modelo parte do princípio que a aquisição de conhecimentos é que modifica as atitudes e posteriormente os seus comportamentos (Thompson, 1978; Vries, 1989 citados por Precioso, 2001b), e é a interligação destes três elementos (conhecimentos, atitudes e comportamentos) que o tornam um modelo racional, pois quem possui conhecimentos corretos deveria ter atitudes e comportamentos lineares com os mesmos.

O risco que se corre com o não ajustamento do programa aos alunos, consoante a idade, contexto social, entre outros, é poder ter, como refere Becoña (1999 cit. por Precioso, 2001b) o efeito inverso e ao invés de reduzir o comportamento de risco fomentar a curiosidade e o desejo de experimentar, por parte dos jovens.

Uma das apostas preventivas deste modelo é o recurso ao fator medo, medo provocado pela observação de imagens ou através de testemunhos, alertando para as consequências negativas dos atos. Todavia, para que esta estratégia surta efeito, as consequências devem ser observáveis e visíveis a curto prazo sob pena de desinteressar (Sussman, 1995 cit. por Precioso, 2001b) e se tornarem pouco relevantes dado o seu distanciamento naquele momento da vida do aluno. Segundo o mesmo autor fornecer a informação aos jovens sobre a probabilidade de serem afetados pelas consequências de um dado ato seria uma boa estratégia, pois aumenta a preocupação e consciência do aluno e, conseqüentemente, poderá resultar numa alteração de comportamento.

No entanto, é importante estar ciente que o conhecimento e o alerta para as consequências negativas de alguns hábitos podem não ser suficientes para mudança de comportamento pois é necessário trabalhar um conjunto de outras condicionantes que o influenciam, mas como refere Mas et al., (1997) uma certa dose de informação é sempre necessária para conduzir todo um processo de mudança de comportamento.

Atendendo às orientações deste modelo e considerando algumas das orientações de Sanz (1993), na intervenção pedagógica que efetuamos procuramos, sempre, apresentar informações objetivas, exatas, inteligíveis, coerentes, com moderado conteúdo emocional e sem

mensagens moralizadoras. Nas sessões referimos a importância específica de certos comportamentos para a saúde e alertamos os alunos, por exemplo, para as doenças que são a principal causa de morte no nosso país e os fatores de risco a elas associados, numa tentativa de consciencialização e futura alteração de comportamentos.

### **2.9.3. Modelo de Crenças na Saúde**

O *Modelo de Crenças na Saúde* ("Health Belief Model"), embora tenha surgido nos anos 50 para explicar a baixa participação da população em programas de deteção precoce e prevenção de doenças (Mas et al., 1997), nos últimos anos tem sido explorado na orientação à elaboração de programas relacionados com a saúde, baseados na explicação da mudança ou manutenção de certos comportamentos, tentando explicar as escolhas efetuadas pelas pessoas.

Segundo Mas et al. (1997) este é um modelo que explica a adoção ou modificação de um comportamento pelo desejo de evitar uma doença ou padecimento (valor) e a crença de que uma ação possível de realizar prevenirá ou melhorará essa possibilidade (expectativa). O Modelo de Crenças na Saúde parte do pressuposto que a perceção das pessoas à vulnerabilidade, em relação às ameaças de saúde, determina racionalmente os comportamentos saudáveis, sendo que o indivíduo atribui um valor às perceções que o leva a acreditar, ou não, na eficácia das ações tendentes à melhoria da sua saúde (Couto, 1998).

Ao modelo apresentado está associada a teoria de Thorndike da relação que existe entre estímulo – resposta, pois a adoção de um comportamento e a sua durabilidade e manutenção no tempo é condicionada pelo reforço que existe advindo das consequências positivas ou negativas, que fazem com que este se repita, ou não. Deste modo, o reforço influenciará as expectativas criadas sobre o resultado de uma ação.

Os comportamentos de saúde são concebidos, segundo Pestana (1996 cit. por Vilaça, 2007a) em função da perceção individual da suscetibilidade a determinada doença (vulnerabilidade percebida), da perceção da gravidade da doença (gravidade percebida da doença), da perceção de que, da (não) adoção de determinado comportamento podem advir consequências positivas ou negativas (benefícios percebidos da ação), da perceção da sua capacidade para tomar medidas que reduzam os riscos (autoeficácia) e da possibilidade de os custos (obstáculos) da ação justificarem ou não os respetivos benefícios da mesma. Desta forma, a mudança de uma ação está dependente de todos estes fatores.

Segundo Becker e Maiman (1975 cit. por Precioso, 2001b), a ameaça percebida que influencia os comportamentos relativos ao consumo surge da relação entre suscetibilidade (à doença) e severidade (intensidade), assim, a adoção (ou não) de determinados comportamentos depende da percepção que a pessoa tem se é vulnerável à doença, se corre um maior ou menor risco. Quando uma pessoa compreende e interpreta determinados sinais como uma consequência do seu ato, isso poderá influenciar a alteração do seu comportamento. Se pelo contrário, acredita que as consequências são mínimas, manter-se-á o seu comportamento. Aliado à suscetibilidade e severidade existem os custos e benefícios, ou seja, as vantagens e desvantagens que provêm da alteração do comportamento.

Segundo este modelo, a crença das pessoas influenciam fortemente a sua tomada de decisão e as suas ações. A crença ou percepção de que determinados problemas são importantes e graves para ter em atenção, que somos vulneráveis a eles, e que o comportamento a adotar resultará num benefício, são passos importantes na adoção ou modificação do comportamento com o intuito da prevenção ou melhoramento da sua saúde e deste modo evitar situações de risco (Mas et al., 1997).

A pessoa não só deve ter a percepção e sentir-se ameaçada, como deve acreditar que a mudança trará benefícios e que é competente e capaz para a efetuar (Precioso, 2001b). Deste modo, é dado ênfase ao indivíduo e às suas capacidades individuais para determinar os seus comportamentos e acreditar que os benefícios serão maiores que os inconvenientes que possam advir. O indivíduo tem de acreditar que pode ser susceptível a determinados problemas e que estes são passíveis de o afetar e precisa estar consciente das consequências que estes acarretam, para deste modo poder adotar uma postura preventiva face a comportamentos de risco.

A decisão de ter ações saudáveis é uma forma de prevenir problemas de saúde sérios e é nesta perspetiva de consciencialização e prevenção que o modelo de crenças de saúde se baseia, motivando o indivíduo para agir, numa perspetiva de autoeficácia, desenvolvendo a confiança na habilidade pessoal para a tomada de decisão e ação.

Ao longo da aplicação da intervenção pedagógica, presente neste estudo, foi importante estabelecer-se desde logo uma relação de confiança entre os elementos, para permitir a correção de pré-conceitos e conhecimentos errados e promover um constante incentivo para a ação, prestando assistência, permitindo criar competências de ação que permitam colocar em prática as informações recebidas. Procuramos dotar os alunos de autoeficácia, proporcionando

atividades de treino e orientação para práticas corretas, demonstrando os comportamentos corretos e reforçando-os positivamente, para deste modo haver uma mudança efetiva do comportamento.

Como refere Precioso (2001b) este modelo é utilizado na perspetiva de criação de um programa que leve os alunos à compreensão e interiorização de que a prática de alguns comportamentos são vantajosos à saúde, porém existem outros prejudiciais, e a adoção de comportamentos de risco colocará a sua saúde em perigo e a opção de adotarem comportamentos salutogénicos só os beneficiará, e mostrar-lhes, com ações fáceis de executar, que podem manter ou melhorar o seu estado de saúde.



## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO**

#### **3.1. INTRODUÇÃO**

Neste capítulo descreve-se e justifica-se a metodologia utilizada para cumprir os objetivos a que nos propusemos neste estudo. Desta forma, iniciamos com uma secção introdutória (3.1) e uma descrição geral do estudo (3.2). Posteriormente, caracterizamos a amostra (3.3), referimos a técnica de recolha de dados (3.4) e o instrumento da investigação (3.5). No ponto 3.6 é caracterizada a intervenção efetuada para promoção de conhecimentos favoráveis a um estilo de vida saudável e é apresentada a forma como foi feita a recolha de dados (3.7) e o seu tratamento (3.8).

#### **3.2. DESCRIÇÃO GERAL DO ESTUDO**

A investigação desenvolvida e descrita nesta dissertação refere-se a um estudo *quasi*-experimental (Campbell & Stanley, 1988) do tipo pré/pós com grupo experimental e de controlo, realizado em duas escolas do ensino básico, do concelho de Guimarães, no ano letivo de 2010/2011, com a finalidade de determinar os conhecimentos prévios dos alunos do 6.º ano de escolaridade sobre cuidados de saúde importantes na manutenção da integridade morfofisiológica do organismo, identificar os comportamentos que os alunos consideram mais importantes na promoção da sua saúde e testar a eficácia de uma intervenção pedagógica denominada “A saúde também depende de ti” no desenvolvimento de conhecimentos favoráveis a um estilo de vida saudável.

O desenho desta investigação não é considerado do tipo experimental pelo facto de os sujeitos que a integram não terem sido escolhidos aleatoriamente, mas por fazerem parte de um grupo (turma) que estava previamente definido.

Para efetuar o estudo *quasi*-experimental constituíram-se dois grupos: um experimental e um grupo de controlo. Cada grupo era formado por alunos de duas turmas, selecionadas nas respetivas escolas. Assim, o grupo experimental, onde foi realizada a intervenção “A saúde também depende de ti”, era formado por duas turmas de uma escola e o grupo de controlo era

formado igualmente por duas turmas pertencentes a uma outra escola, ambas situadas no concelho de Guimarães. Desta amostra fazem parte todos os alunos em que foi possível o emparelhamento entre os dados do pré-teste e do pós-teste, constituindo, assim, um total de 85 alunos.

Embora os grupos de alunos pertencessem a escolas diferentes, tivemos a preocupação de selecionar grupos com relativa proximidade geográfica. Este cuidado teve em vista a obtenção de uma semelhança do ponto de vista sociodemográfico, condição importante para se poderem comparar os resultados obtidos.

A necessidade de constituir dois grupos, experimental e controlo, prende-se com o facto de estarmos perante um estudo *quasi*-experimental e, como tal, para se comprovarem os resultados do grupo experimental, onde é testada uma intervenção, é necessário constituir um outro grupo, o de controlo, com as mesmas características do anterior, onde as condições são mantidas, mas que não está sujeito à intervenção, funcionando como termo de comparação. Com os dois grupos pretende-se alcançar um objetivo: saber qual a eficácia de uma intervenção pedagógica na promoção de conhecimentos favoráveis a um estilo de vida saudável. Embora a investigação se desencadeasse de modo semelhante nos dois grupos, esta divergiu no momento da intervenção relacionada com a saúde, que apenas foi aplicada no grupo experimental.

Deste modo, no grupo experimental a investigação foi constituída por três momentos essenciais e no grupo de controlo por dois momentos, realizados durante os 1º e 2º períodos do referido ano letivo.

O primeiro momento, comum aos dois grupos, consistiu na entrega de pré-testes que permitiram aferir os conhecimentos iniciais dos alunos sobre comportamentos protetores e de risco para a saúde, referentes a vários aparelhos do corpo humano e, deste modo, dar resposta a um dos objetivos deste estudo que pretende determinar os conhecimentos dos alunos sobre comportamentos no âmbito da saúde.

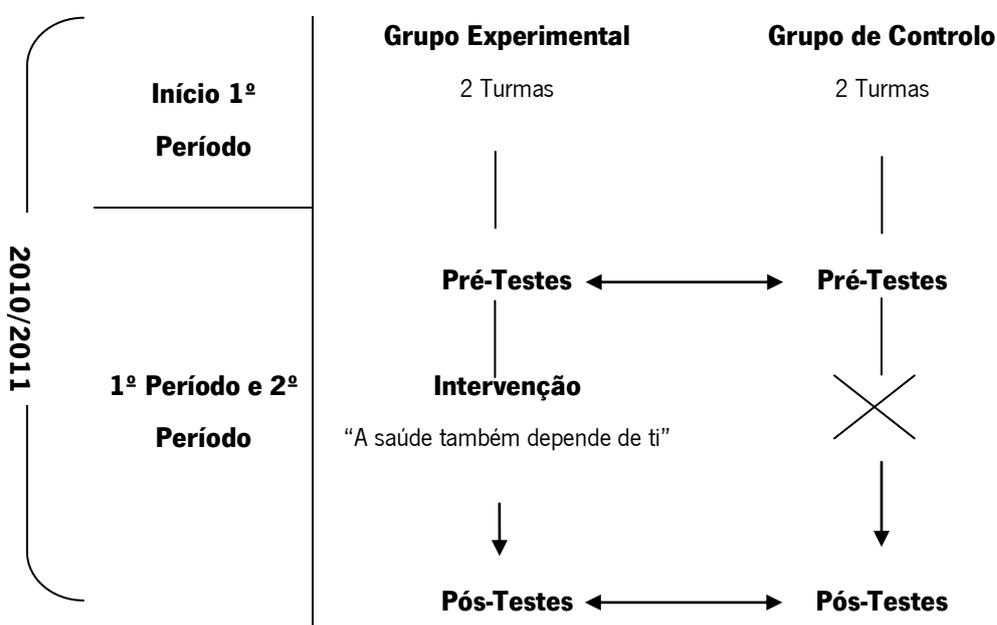
O segundo momento, que apenas integrou o grupo experimental, consistiu numa intervenção pedagógica de promoção de conhecimentos favoráveis a um estilo de vida saudável, em concomitância com o estabelecido no programa oficial de ciências da natureza do 6.º ano de escolaridade. No grupo de controlo, foram apenas lecionados os conteúdos de ciências da natureza.

Por último, foi efetuada a entrega dos pós-testes, em ambos os grupos, iguais aos pré-testes, para ser possível verificar a evolução dos conhecimentos dos alunos sobre

comportamentos salutogénicos e de risco após a intervenção pedagógica (grupo experimental) e o programa oficial de ciências da natureza (ambos os grupos).

Uma vez que um dos objetivos deste estudo era testar a eficácia de uma intervenção pedagógica, revelaram-se cruciais os dois momentos, pré-teste e pós-teste, de modo a ser possível aferir a evolução nos conhecimentos dos alunos e verificar a existência, ou não, de diferenças significativas, entre grupo experimental e grupo de controlo.

O esquema, representado na figura 2, pretende ilustrar a sequência de passos subjacentes ao estudo efetuado.



**Figura 2 – Sequência de “passos” subjacentes ao estudo**

Uma vez definido o desenho geral da investigação, passamos a descrever detalhadamente os passos inerentes à mesma.

Seguindo as orientações metodológicas próprias dos estudos *quasi*-experimentais (Campbell & Stanley, 1988), selecionamos numa escola, um conjunto de três turmas do 6º ano de escolaridade, onde o programa “A saúde também depende de ti” viria a ser implementado (grupo experimental) e foram selecionadas, noutra escola, um outro conjunto de três turmas, do mesmo ano, que viriam a servir como controlo e onde o programa não seria implementado. No entanto, das seis turmas selecionadas apenas quatro chegaram à fase final desta investigação, pelos motivos anteriormente apresentados nas limitações do estudo (1.6.).

O facto de termos optado por escolas diferentes para se constituir o grupo experimental e o grupo controlo e não formar esses grupos recorrendo a turmas da mesma escola deveu-se, fundamentalmente, à necessidade de evitar a influência que os alunos do grupo experimental poderiam exercer sobre o grupo de controlo. Essa contrariedade podia ocorrer pelo facto de o professor aplicador do programa poder lecionar em turmas pertencentes a ambos os grupos (experimental e controlo) e não fazer a indispensável distinção entre as atividades a desenvolver numa e noutra turma. Para além do exposto, a opção por diferentes escolas também evitou enfraquecer a validade interna do estudo, pois, na eventualidade de se verificar rivalidade entre os grupos de controlo e experimental, ou desmoralização do grupo de controlo, poderia haver enviesamento de resultados.

No que concerne à elaboração do programa “A saúde também depende de ti”, este foi construído mediante orientação de um programa semelhante efetuado por Precioso (2001a) denominado “Aprende a cuidar de ti”, ambos com o intuito de promover estilos de vida saudáveis.

Neste ponto, após a seleção das escolas e respetivas turmas e o delineamento do programa, foi solicitada a colaboração dos professores da disciplina de ciências da natureza que iriam integrar a investigação.

No grupo de controlo, a participação dos professores consistiu na leção tradicional do programa oficial de ciências da natureza para o 6.º ano de escolaridade e na entrega dos pré e pós-testes, relativos aos conhecimentos dos alunos. No grupo experimental, a colaboração dos professores, para além da entrega dos referidos pré e pós-testes, foi crucial ao longo de todo o processo, uma vez que levaram a cabo a intervenção pedagógica em parceria com a investigadora facilitando todo o processo, quer por já conhecerem a turma e os seus alunos, quer por disponibilizarem as suas aulas de formação cívica e fazerem a ponte entre o programa oficial de ciências da natureza e o programa implementado.

Previamente, foram fornecidas aos professores algumas informações sobre o procedimento a ser efetuado. No grupo de controlo, foi importante referir que o objetivo era lecionar de modo habitual todos os conteúdos programáticos de ciências da natureza, sem efetuarem ajustamentos ou alterações que pudessem vir a comprometer a veracidade das informações obtidas e o futuro cruzamento de dados com as turmas do grupo experimental. No grupo experimental, foi reforçado junto dos docentes, o objetivo da intervenção. Foi salientada a importância de um reforço na abordagem aos cuidados de saúde e promoção de estilos de vida

saudáveis e foi fornecida alguma informação relativamente a aspetos teóricos relacionados com a intervenção a implementar, tentando consensualizar pontos de vista, seja no que respeita a materiais a aplicar ao longo do programa, seja no que se refere a aspetos metodológicos a ter em conta, de forma a minimizar as diferenças que pudessem advir do facto de as duas turmas que constituem o grupo experimental não terem o mesmo docente.

Após a definição de todas as etapas e esclarecimento das dúvidas iniciais, foi dado início a todo o processo que culminaria nesta dissertação.

Primeiramente, foram aplicados a todas as turmas envolventes os instrumentos de recolha de dados: os pré-testes. Estes testes eram de resposta livre e individual e foram sendo preenchidos ao longo de dois períodos escolares, em cinco etapas, antes da leção dos conteúdos relativos aos diferentes aparelhos do corpo humano, como demonstra o quadro 1. No grupo experimental, os pré-testes foram entregues antes da aplicação do respetivo programa de promoção de estilos de vida saudáveis e dos conteúdos de ciências da natureza, e, no grupo de controlo, antes da abordagem oficial/“tradicional” dos conteúdos de ciências da natureza. Nesta fase, foram dadas algumas instruções aos professores para a aplicação do referido questionário, de modo a que explicassem aos alunos o que lhes era solicitado, mas não prestassem qualquer apoio durante o seu preenchimento.

Os dados recolhidos nos pré-testes, processaram-se de forma a determinar os conhecimentos iniciais dos alunos sobre comportamentos protetores e de risco para a saúde.

Após a recolha de dados nos pré-testes, foi implementada, ao longo do primeiro e segundo períodos, de forma faseada, a intervenção pedagógica “A saúde também depende de ti”, no grupo experimental.

Posteriormente à aplicação de cada uma das fases do programa “A saúde também depende de ti” e do oficial – “Processos vitais comuns aos seres vivos”, com os conteúdos relativos a cada aparelho do corpo humano – foram preenchidos os pós-testes pelos alunos de ambos os grupos. Os pós-testes eram questionários iguais aos pré-testes, mas com o intuito de verificar a evolução dos conhecimentos dos alunos após a intervenção pedagógica.

Deste modo, quer o preenchimento dos pré e pós-testes, quer a implementação do programa de promoção de estilos de vida saudáveis foi sendo desenvolvida ao longo dos dois primeiros períodos letivos, por fases, consoante a leção de cada aparelho do corpo humano, de modo a acompanhar e complementar os conteúdos programáticos da disciplina de

ciências, onde se aborda a morfologia e fisiologia do corpo humano, dividido em: aparelho digestivo, aparelho respiratório, aparelho circulatório, aparelho excretor e aparelho reprodutor.

É importante salientar que, embora a boca seja um órgão pertencente ao aparelho digestivo e a pele um órgão pertencente ao aparelho excretor, decidimos abordá-los independentemente dos respectivos aparelhos, dada a sua importância específica, pois são dois órgãos que encerram vários comportamentos de risco e protetores que achamos importante destacar na nossa intervenção.

O quadro seguinte ilustra, resumidamente, todo o trajeto seguido nesta investigação, contemplando o programa elaborado por Precioso (2001a) “Aprende a cuidar de ti”, pelo qual orientamos a elaboração do nosso programa.

### **Quadro 1**

#### **Sumário do estudo desenvolvido na investigação**

<b>Ano letivo</b>	<b>Estudos efetuados</b>	
<b>2001</b>	“Aprende a cuidar de ti” – Programa de promoção de estilos de vida saudáveis. José Alberto Gomes Precioso	
<b>Início do ano letivo 2010/2011</b>	Seleção das turmas e solicitação da colaboração dos professores.	
<b>Estudo <i>quasi</i>-experimental (Campbell &amp; Stanley, 1988)</b>		
<b>1º e 2º Períodos do ano letivo 2010/2011</b>	Cavidade Oral Aparelho Digestivo	Pré-teste – Intervenção – Pós-teste
	Aparelho Respiratório	Pré-teste – Intervenção – Pós-teste
	Aparelho Circulatório	Pré-teste – Intervenção – Pós-teste
	Pele Aparelho Urinário	Pré-teste – Intervenção – Pós-teste
	Aparelho Reprodutor	Pré-teste – Intervenção – Pós-teste

Ao longo de todo este processo a entrega dos pré e pós-testes, no grupo de controlo e experimental, foi sendo acompanhada de modo a ser prestado apoio aos professores aplicadores, evitando possíveis equívocos e repetições que em nada favoreceriam a investigação, e a poder verificar se estava tudo a desenrolar-se como previsto. No grupo experimental, a integração da investigadora foi mais marcante, uma vez que a aplicação do programa de promoção de estilos de vida saudáveis e de alguns testes foi efetuada pela própria em parceria com os professores colaboradores.

Posteriormente, tendo em conta os dados obtidos pela análise de conteúdo dos testes, foram sendo definidas várias categorias de resposta dos alunos, agrupadas em tabelas, divididas em comportamentos protetores e comportamentos de risco. Após a categorização de todas as respostas obtidas nos pré e pós-testes, foi definida uma pontuação máxima (p.m.) que corresponde ao número máximo de categorias que se obtiveram através das respostas dos alunos de ambos os grupos para aquele conteúdo.

No final, depois de se terem assinalado nas referidas tabelas todos os comportamentos significativos indicados pelos alunos nos testes e a quantidade de alunos que as assinalou, chegamos a duas tabelas finais, obtidas para cada item dos questionários, onde é possível observar a média de respostas dadas por aluno, nos diferentes itens dos questionários, e as categorias mais referidas.

Os dados recolhidos foram introduzidos em folhas de cálculo do programa Excel e, posteriormente, as tabelas finais foram convertidas para SPSS, sendo possível correlacionar os dados dos dois grupos (experimental e de controlo), nos dois momentos da investigação (pré-ensino e pós-ensino). Em SPSS, foi utilizado o teste de análise *ANOVA medidas repetidas*, com um grau de significância de  $p < 0,01$ , que permitiu comparar as médias de respostas dadas pelos alunos em cada conteúdo, o que possibilitou estabelecer comparações entre grupos (experimental e controlo) e entre momentos (pré-teste e pós-teste). Assim, a eficácia da intervenção pedagógica foi inferida com base na evolução dos conhecimentos dos alunos relativamente a comportamentos que favorecem um estilo de vida saudável.

### **3.3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

A “população foco” do estudo apresentado nesta dissertação é constituída pelos alunos inscritos no 6.º ano de escolaridade no ano letivo 2010/2011. Dada a grande dimensão da população (na ordem dos milhares) e a necessidade de informação com alguma profundidade, trabalhamos com uma amostra.

A população definida restringiu-se a uma amostra constituída apenas por alunos pertencentes ao distrito de Braga, sendo escolhido o concelho de Guimarães. Esta escolha reside no facto de ser um local próximo da área de residência da investigadora, mas também por facilitar no estabelecimento de contactos com as escolas por se conhecerem mais professores a lecionarem no concelho.

A seleção da amostra foi feita a partir das turmas existentes no referido ano de escolaridade, nas escolas escolhidas para o efeito.

Da amostra inicialmente prevista para o estudo foram excluídos os alunos em que não foi possível emparelhar os dados do pré-teste e pós-teste. Este emparelhamento, lamentavelmente, não foi possível numa turma inteira, que foi eliminada, por não ter respondido a alguns pós-testes, devido à falta de colaboração de um dos professores envolvidos. Foi também excluída uma outra turma, por (ao longo do processo) não ter havido disponibilidade do diretor de turma para ceder algumas aulas de formação cívica a fim de ser realizada a intervenção ao longo do processo. Deste modo, são incluídas no estudo duas turmas que representam o grupo experimental, ou seja, onde foi efetuada a intervenção “A saúde também depende de ti”, e duas turmas que representam o grupo de controlo, como podemos observar no quadro 2.

A amostra do estudo é constituída pelos alunos das quatro turmas que responderam aos testes utilizados na recolha de dados. No referido quadro é possível verificar que na turma 1 do grupo experimental, apesar de ser constituída por 19 alunos, só 18 participaram no estudo, uma vez que uma aluna possui Necessidades Educativas Especiais e não tem a disciplina de ciências da natureza, pelo que não foi possível a sua colaboração.

**Quadro 2**  
**Amostra**

<b>Grupos/Escolas</b>	<b>Turmas</b>	<b>Número de alunos</b>	<b>Total</b>
<b>Grupo Experimental</b>	Turmas 1	18* Alunos	36 Alunos
	Turma 2	18 Alunos	
<b>Grupo de Controlo</b>	Turma 1	26 Alunos	49 Alunos
	Turma 2	23 Alunos	
<b>Total</b>	<b>4 Turmas</b>	<b>85 Alunos</b>	

\*19 -1 alunos

Ao longo do estudo, como foi referido anteriormente, foram entregues vários pré-testes e pós-testes preenchidos em diferentes momentos da investigação. É importante ressaltar que, ao longo destes momentos, foi possível emparelhar todos os dados entre os pré e pós-testes, com a exceção de uma aluna, que tendo faltado a uma das aulas não preencheu um pré-teste, não sendo, por conseguinte, possível o emparelhamento de dados, no seu caso. Esta aluna não foi contabilizada nesses mesmos dados, mas foi considerada em todos os outros testes em que colaborou e foi possível comparar resultados, sendo, portanto, referida como elemento da amostra.

Como se pode verificar no quadro 2, no estudo intervieram um total de 85 alunos, divididos por quatro turmas e duas escolas, dos quais, 38 (45%) são do sexo feminino e 47 (55%) do sexo masculino, como apresentado na tabela 1.

**TABELA 1****Constituição da amostra do estudo *quasi*-experimental, por sexo***(N=85)*

<b>Sexo</b>	<b>%</b>	<b>f</b>
Rapazes	55	(47)
Raparigas	45	(38)
<b>Total</b>	100	(85)

Conforme dados da tabela 2, que representa a amostra do estudo *quasi*-experimental, por grupo e por sexo, do grupo experimental fizeram parte trinta e seis alunos da amostra, dos quais 18 eram rapazes, (correspondendo a 21%) e 18 eram raparigas (correspondendo a 21%). O grupo de controlo era constituído por quarenta e nove dos alunos, dos quais 29 eram rapazes (correspondendo a 34%) e 20 eram raparigas (correspondendo a 24%).

**TABELA 2****Constituição da amostra do estudo, por sexo e grupo***(N=85)*

<b>Grupo</b>	<b>Rapazes</b>		<b>Raparigas</b>		<b>Total</b>	
	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>
<i>Experimental</i>	21	(18)	21	(18)	42	(36)
<i>Controlo</i>	34	(29)	24	(20)	58	(49)
<b>Total</b>	55	(47)	45	(38)	100	(85)

Quanto à idade dos alunos da amostra, no início do primeiro período do ano letivo de 2010/2011, a média era de 11 anos, com uma variação entre os 10 e os 14 anos.

### **3.4. TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS**

De forma a recolhermos todas as informações necessárias à concretização deste estudo, que pretende dar resposta às questões já definidas, procedemos à seleção da técnica de recolha de dados que mais vantagens oferecesse na obtenção das informações necessárias (Ghiglione & Matalon, 1997) para alcançar os objetivos finais desta investigação. Consequentemente, de entre as técnicas disponíveis para a recolha de dados, optámos pela técnica do inquérito por questionário identificado, por se tratar da forma mais fácil e mais rápida de se obter informações e de dar possibilidade de ser efetuado com reduzidos recursos humanos. Sabemos que o questionário não identificado seria o mais adequado, pois evitaria constrangimentos por parte dos alunos no seu preenchimento. Contudo, houve necessidade dessa identificação para podermos observar a evolução dos alunos do pré para o pós-teste e, assim, podermos testar a eficácia da intervenção pedagógica que nos propusemos aplicar.

### **3.5. INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO**

#### **3.5.1. Características gerais do questionário**

Como acabamos de referir, os instrumentos de recolha de dados foram questionários, que se encontram no anexo I. Estes questionários tiveram como função aferir os conhecimentos dos alunos antes e depois da implementação de uma intervenção pedagógica relacionada com a saúde, no grupo experimental, e antes e depois de serem dados os conteúdos oficiais de ciências da natureza, em ambos os grupos.

Os testes utilizados na recolha de dados, referentes aos conhecimentos dos alunos, foram elaborados com base no modelo de exercícios usado no programa “Aprende a cuidar de ti” de Precioso (2001a). Estes questionários foram elaborados para serem preenchidos em 5 fases diferentes, cada uma delas composta por um pré-teste e um pós-teste, ambos iguais, mas com pretensões diferentes. Com o pré-teste pretendia-se saber quais os conhecimentos prévios dos alunos, e no pós-teste, os conhecimentos após a implementação dos respetivos programas.

Os questionários estavam organizados do modo que se apresenta no quadro 3.

**Quadro 3**  
**Questionários**

	<b>Aspetos que o questionário pretende medir</b>	<b>Questões</b>
<b>1º Questionário</b> <b>(1º Período)</b>	Saúde oral	O que <b>deves evitar fazer</b> para teres ... saudável O que <b>deves fazer</b> para teres ... saudável
	Cuidados de saúde com o aparelho digestivo	
<b>2º Questionário</b> <b>(1º Período)</b>	Cuidados de saúde com o aparelho respiratório	
<b>3º Questionário</b> <b>(2º Período)</b>	Cuidados de saúde com o aparelho circulatório	
<b>4º Questionário</b> <b>(2º Período)</b>	Cuidados de saúde com a pele	
	Cuidados de saúde com o aparelho urinário	
<b>5º Questionário</b> <b>(2º Período)</b>	Cuidados de saúde com o aparelho reprodutor	

O primeiro questionário era constituído por duas tabelas: a primeira pretendia determinar os conhecimentos dos alunos sobre comportamentos protetores e comportamentos de risco para a saúde oral e a segunda referia-se aos cuidados com os restantes órgãos do aparelho digestivo. Em cada um dos casos eram colocadas duas questões de resposta aberta que permitiam ao aluno expressar-se de modo livre. A primeira questão prendia-se com aspetos que eles considerassem importantes evitar, de modo a manter a sua saúde, e a segunda questão com os aspetos cuja prática julgassem importante.

À semelhança do primeiro questionário, todos os outros continham as duas questões de resposta aberta sobre o que evitar e o que praticar para manter a saúde de todos os aparelhos do corpo humano, abordados no 6.º ano de escolaridade.

O segundo questionário continha apenas uma tabela referente aos cuidados com o aparelho respiratório, bem como o terceiro e quinto questionários que continham, respetivamente, as questões relativas aos aparelhos circulatório e reprodutor. O quarto questionário, à semelhança do primeiro, continha duas tabelas, pois para além dos cuidados com o aparelho urinário, existia uma outra tabela cuja inclusão consideramos importante, onde

era pedido aos alunos que especificassem os comportamentos que julgassem importantes praticar, ou evitar, para manter a saúde da pele.

### **3.6. INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA “A SAÚDE TAMBÉM DEPENDE DE TI”**

#### **3.6.1. Caracterização sumária da intervenção**

##### *3.5.1.1. Características gerais do programa*

O programa desenvolvido e aplicado “A saúde também depende de ti” teve como orientação para a sua elaboração o programa desenvolvido por Precioso (2001a) “Aprende a cuidar de ti”.

O desenvolvimento do programa “Aprende a cuidar de ti” teve como finalidade promover a adoção de estilos de vida saudáveis nos alunos do 8.º ano de escolaridade. O nosso programa “A saúde também depende de ti”, à sua semelhança, pretende promover estilos de vida saudáveis, mas incide especificamente sobre os conhecimentos, pretendendo promover aqueles que são favoráveis à adoção de estilos de vida saudáveis, no entanto, é destinado a alunos do 6.º ano de escolaridade. Os programas têm em comum o facto de acompanharem os conteúdos programáticos de ciências, que propõem o estudo de temas referentes à morfologia do corpo humano.

Segundo Precioso (2001b) o programa “Aprende a cuidar de ti” (2001a) foi elaborado por se considerar que as ações de promoção de qualquer comportamento de saúde devem ter continuidade no tempo e não devem ser pontuais, porque existem vários comportamentos de risco para a saúde que são importantes prevenir e porque desenvolver nos alunos uma preocupação com a saúde pode-se traduzir num efeito preventivo na adoção de comportamentos de risco. Atendendo ao carácter de continuidade referido, elaboramos a nossa intervenção para que essa prevenção seja mais precoce e aconteça também no 6.º ano de escolaridade.

O programa: “A saúde também depende de ti” é constituído por um conjunto de 7 sessões, destinadas a alunos do 2.º ciclo do ensino básico, mais concretamente destinado a alunos do 6.º ano, e deverá ser aplicado pelos professores de ciências da natureza que tenham, preferencialmente, uma direção de turma, de modo a poder realizar-se a intervenção em algumas aulas de formação cívica e, por conseguinte, não haver prejuízo no cumprimento do programa da disciplina de ciências da natureza.

O referido programa de promoção de conhecimentos favoráveis a comportamentos saudáveis foi elaborado com o intuito de alertar os mais jovens para a prática de comportamentos prejudiciais à sua saúde e desenvolver nestes uma maior consciencialização e preocupação com a sua saúde, favorecendo um efeito preventivo na redução de doenças relacionadas com hábitos de vida pouco saudáveis. Outro motivo prende-se com a importância de reduzir a prevalência de fatores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar a prevalência de fatores de proteção relacionados com os estilos de vida, através de uma abordagem integrada e intersectorial.

A lecionação do programa pretende ser integrada nos conteúdos de ciências da natureza, incluindo um conjunto de tópicos de saúde, relacionando-os com o conteúdo a ser abordado na disciplina, tratando deste modo a Educação para a Saúde como uma área transversal, resultando num complemento aos temas disciplinares, permitindo uma maior eficácia das ações e promovendo um constante reforço das questões de saúde.

A intervenção pedagógica efetuada foi realizada, organizada e implementada com base nas recomendações da Organização Mundial de Saúde na promoção da saúde, na Teoria de Ação Racional de Ajzen e Fishbein (1980), no Modelo Racional ou Informativo, inspirou-se no Modelo de Crenças de Saúde (MCS) (Mas et al., 1997) e num Modelo de Ensino Orientado para a Mudança Conceptual proposto e testado por Duarte (1992). Cremos que uma só abordagem seria insuficiente e só esta orientação sustentada em múltiplos modelos e numa seleção do que cada um pode fornecer de mais útil permite a criação de um programa mais vantajoso e eficaz.

Consideramos que estes modelos são importantes na compreensão do comportamento e como tal cruciais no apoio à construção de um programa preventivo que vá ao encontro das principais carências em educação para a saúde dos alunos. Apesar de o nosso programa pretender aumentar os conhecimentos dos alunos, no que a estilos de vida saudáveis diz respeito, queremos acreditar que este aumento de conhecimentos possa ser condição necessária a um aumento de comportamentos conducentes a um bom estado de saúde.

### *3.5.1.2- Modelo de Ensino Orientado para a Mudança Conceptual*

Dos modelos e teorias utilizados em educação para a saúde, selecionados e expostos numa fase anterior desta dissertação (2.9.), destacamos o Modelo de Ensino Orientado para a Mudança Conceptual (Duarte, 1992), por ser um modelo onde é dada especial ênfase às conceções alternativas dos alunos como um elemento fundamental na futura aprendizagem de

conceitos. Muitas das concepções que todos nós possuímos, frequentemente denominadas por concepções alternativas (CA), são adquiridas dada a nossa capacidade de perceber e tentar encontrar sentido para o que acontece à nossa volta, traduzindo-se, em algumas situações, na construção de teorias simples ou do senso comum que nos proporcionam explicações do mundo e dos seus fenómenos (Duarte, 1992).

Enquanto professores, baseando-nos na nossa experiência profissional e à semelhança do que acontece noutras áreas, supomos que os alunos possuam, sobre questões de saúde, algumas crenças, ideias pré-definidas, concepções alternativas, muitas vezes afastadas do conhecimento científico e que podem condicionar os comportamentos de saúde que possam vir a adotar. Deste modo, é importante tê-las em consideração e tentar modificá-las (Precioso, 2001b).

No momento de preparar uma intervenção que pretenda promover conhecimentos e futura alteração de comportamentos é necessário ter em atenção essas crenças, concepções alternativas dos alunos, para ajustar os programas às suas necessidades e ir ao encontro das suas principais carências e maiores dificuldades.

O quadro 4, apresentado na página seguinte, ilustra as principais fases e objetivos do Modelo de Ensino Orientado para a Mudança Conceptual, pelo qual orientamos a nossa intervenção. Inicialmente é efetuada uma introdução/sensibilização para o tema a abordar, são identificadas as concepções alternativas (CA) dos alunos e é efetuada a sua exploração, levando os alunos a testá-las. Posteriormente, há lugar à discussão, onde se pretende induzir o aluno ao conflito cognitivo, criando insatisfação pelas suas concepções. No final o aluno é orientado para uma reflexão das suas ideias e aplicação dos novos conhecimentos.

#### Quadro 4

### Fases e objetivos do Modelo de Ensino Orientado para a Mudança Conceptual desenvolvido por Duarte (1992)

Designação da fase	Objetivos
Introdução	Motivar os alunos para o estudo a realizar.
Identificação/ consciencialização das concepções alternativas (CA)	Conduzir os alunos à explicitação das suas CA relativas ao tópico em estudo.
Exploração das concepções alternativas	Sempre que possível, levar os alunos a testar as suas próprias concepções.
Discussão	Induzir o conflito cognitivo nos alunos. Criar nos alunos insatisfação com as suas próprias concepções. Levar os alunos a aperceberem-se da existência de diferentes explicações para um determinado fenómeno.
Reflexão	Estimular nos alunos uma atitude de reflexão acerca das suas ideias, o modo como evoluíram, os métodos usados e as conclusões obtidas. Levar os alunos a refletir se podem melhorar os seus proce- dimentos ou a aplicação das suas ideias.
Aplicação	Proporcionar aos alunos situações de aplicação das novas ideias aprendidas em diferentes situações. Levar os alunos a relacionar as ideias com a vida diária.

#### 3.6.2. Objetivos gerais do programa

De acordo com o exposto anteriormente, o programa “A saúde também depende de ti” possui os seguintes objetivos:

1. Melhorar os conhecimentos dos alunos relativamente a hábitos de vida saudáveis;
2. Reduzir a prevalência de fatores de risco de doenças crónicas não transmissíveis;
3. Aumentar a prevalência de fatores de proteção relacionados com estilos de vida;
4. Contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis;

5. Sensibilizar os alunos para a prática de um estilo de vida saudável;
6. Desenvolver a preferência dos alunos por um estilo de vida salutar;

### 3.6.3. Sessões e estratégias

Para atingir os objetivos propostos, o programa “A saúde também depende de ti” é constituído por um conjunto de 7 sessões, cujas questões orientadoras e estratégias utilizadas no seu desenvolvimento são apresentadas no quadro 5.

#### Quadro 5

#### Sessões e estratégias do programa “A saúde também depende de ti”

Sessão	Conteúdos	Tópicos Orientadoras	Estratégias
1	<b>Boca – Saúde Oral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentos que favorecem a saúde oral;</li> <li>- Alimentos prejudiciais;</li> <li>- Correta higiene oral;</li> <li>- Comportamentos de risco;</li> <li>- Comportamentos protetores.</li> </ul>	<p>Discussão professor - alunos, sobre alimentos saudáveis e prejudiciais à saúde oral, comportamentos de risco e comportamentos protetores;</p> <p>Como fazer uma boa higiene oral – atividade prática.</p>
2	<b>Aparelho Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importância de uma alimentação equilibrada;</li> <li>- Como compor e distribuir as refeições ao longo do dia;</li> <li>- Alimentos saudáveis e prejudiciais;</li> <li>- O que fazer e evitar para ter um aparelho digestivo saudável.</li> </ul>	<p>Discutir as vantagens de uma alimentação saudável;</p> <p>Construir algumas refeições equilibradas, com os alunos;</p> <p>A partir de esquemas ou fotografias de alimentos solicita-se aos alunos que indiquem a frequência com que se devem ingerir.</p> <p>Discussão das respostas.</p>

3	<b>Aparelho Respiratório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Malefícios do tabaco;</li> <li>- Existem vantagens para o rendimento físico em não fumar?</li> <li>- “Vantagens” e desvantagens de fumar;</li> <li>- O que fazer e evitar para ter um aparelho respiratório saudável.</li> </ul>	<p>Discutir, em conjunto com os alunos, as possíveis “vantagens” e desvantagens de fumar, se tem vantagens no rendimento físico e descobrir as principais motivações para o uso do tabaco;</p> <p>Definir estratégias para não serem influenciados pelos pares no que respeita ao ato de fumar – atividade prática;</p> <p>Apresentação de imagens com alguns comportamentos saudáveis e outros prejudiciais.</p>
4	<b>Aparelho Circulatório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que se deve fazer e evitar para ter um aparelho cardiovascular saudável;</li> </ul>	<p>Definir, em grupo, o que pensam favorecer a saúde do aparelho cardiovascular e fatores de risco;</p> <p>Apresentação final de uma tabela com os principais fatores de risco e de proteção.</p>
5	<b>Pele</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Malefícios da exposição direta e prolongada ao sol;</li> <li>- Comportamentos protetores e de risco para a pele;</li> <li>- Importância da hidratação.</li> </ul>	<p>Definir formas de proteção dos raios solares;</p> <p>Estabelecer meios de proteção da pele;</p> <p>Apresentação de comportamentos protetores e de risco.</p>
6	<b>Aparelho Urinário</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que se deve fazer e evitar para ter um aparelho urinário saudável;</li> <li>- Importância da ingestão de água.</li> </ul>	<p>Preenchimento de uma tabela com a importância da água na manutenção da integridade do organismo;</p> <p>Apresentação de alguns comportamentos protetores e de risco.</p>
7	<b>Aparelho Reprodutor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doenças sexualmente transmissíveis;</li> <li>- O que se deve fazer e evitar para ter um aparelho reprodutor saudável;</li> </ul>	<p>Apresentação de doenças sexualmente transmissíveis;</p> <p>Formas de transmissão e prevenção;</p> <p>Apresentação de comportamentos protetores e de risco para manter a saúde do aparelho reprodutor.</p>

### **3.6.4. Metodologia**

A implementação prática do programa consiste, maioritariamente, na opinião individual dos alunos e posterior discussão em grupo das suas opiniões iniciais relativamente aos cuidados de saúde com os diferentes aparelhos do corpo humano. No final de cada sessão é apresentada, em jeito de conclusão, uma grelha síntese para cada conteúdo, com os principais comportamentos de risco e protetores para a saúde.

A metodologia a aplicar nas aulas é o Modelo de Ensino Orientado para a Mudança Conceptual idealizado e testado por Duarte (1992), cujas características básicas apresentamos, anteriormente, no quadro 4.

É importante referir que, em algumas sessões, foi aplicado o Modelo de Ensino Orientado para a Mudança Conceptual (Duarte, 1992), no entanto de uma forma menos completa, não cumprindo a totalidade das fases, omitindo algumas no momento da implementação da sessão, ou adaptando-as. Todavia, respeitamos sempre as fases do modelo que consideramos nucleares e que são: a fase de introdução (em que era feita a devida motivação ao tema a tratar), a fase de deteção das conceções alternativas e a fase de discussão. Algumas vezes terminamos as sessões com exercícios de aplicação.

### **3.6.5. Processo de construção e validação**

Antes de se iniciar o ano letivo 2010/2011, foram construídas as sessões de trabalho do programa “A saúde também depende de ti”, que viria a ser implementado nas turmas que comporiam o grupo experimental. Uma vez que as sessões foram desenvolvidas tendo como base o programa desenvolvido por Precioso (2001a) “Aprende a cuidar de ti”, estas já tinham sido validadas anteriormente.

No processo de elaboração das sessões foi necessário definir os conteúdos que seriam importantes abordar, as estratégias e atividades a desenvolver, de modo a rentabilizar bem o tempo reduzido que foi disponibilizado.

Em primeiro lugar, foi feita uma análise do programa de ciências da natureza do 6.º ano e seleccionados os assuntos correspondentes à temática “Processos vitais comuns aos seres vivos”. Posteriormente, foram elaboradas as 7 sessões do programa “A saúde também depende de ti”.

Apesar de as sessões serem previamente delineadas houve sempre a preocupação de as ajustar às respostas obtidas nos pré-testes dos alunos, de maneira a poder desenvolver-se a sessão indo ao encontro das principais carências dos alunos e permitir uma maior eficácia do programa aplicado.

Após a definição dos principais tópicos a abordar, selecionaram-se as atividades práticas a realizar e as questões pertinentes a discutir em cada sessão. É importante salientar que cada sessão correspondeu a uma aula de 45 minutos, como tal, tudo teve de ser bem organizado e distribuído de acordo com o tempo disponibilizado, de forma a não haver perdas de tempo e desvios que prejudicassem os assuntos a abordar.

Finalmente, as sessões delineadas foram analisadas pelos professores titulares das turmas em questão e, com base nos seus comentários, foi feita uma reformulação das estratégias, baseada nas características das turmas.

### **3.6.6. Implementação**

Como foi referido anteriormente, depois de se selecionarem as turmas e de se recrutarem os professores colaboradores, foi efetuada com estes uma reunião informal e individual, por incompatibilidade de horários, onde foi realizado um conhecimento das turmas, por parte da investigadora, e um conhecimento do programa “A saúde também depende de ti” e de todas as etapas necessárias até à conclusão da sua aplicação por parte dos professores colaboradores.

Nesta reunião, foram definidas as sessões e os papéis específicos que os professores adotariam. Uma vez que o programa veio a ser implementado pela investigadora, nas aulas de formação cívica disponibilizadas, os professores do grupo experimental colaboraram na leção do programa oficial de ciências da natureza, enfatizando os cuidados de saúde e assim, o programa “A saúde também depende de ti” pôde ser mais específico e puderam ser trabalhados os assuntos selecionados de modo mais consistente.

A aplicação do programa desenvolveu-se durante os 1.º e 2.º períodos do ano letivo 2010/2011, ao longo de sete etapas que corresponderam à aplicação das sete sessões. Esta divisão deve-se ao facto de a aplicação do programa acompanhar a leção dos conteúdos da disciplina de ciências da natureza. Deste modo, no decorrer da abordagem dos conteúdos sobre o aparelho digestivo, nas aulas de ciências, foi aplicada a sessão referente aos cuidados com a

boca e com o aparelho digestivo, posteriormente, quando foram lecionados os conteúdos sobre o aparelho respiratório foi aplicada a sessão correspondente e, assim sucessivamente, no que diz respeito aos restantes aparelhos.

A aplicação do programa específico de saúde foi realizada sempre na presença dos professores titulares das turmas e em parceria com os mesmos, ajudando estes nas atividades e prestando apoio individual, sempre que necessário.

### **3.7. RECOLHA DE DADOS**

A recolha de dados foi realizada mediante a entrega de cinco testes de conhecimentos, que se encontram em anexo, distribuídos às quatro turmas do 6.º ano de escolaridade que constituem a amostra do estudo.

Cada um destes questionários foi distribuído, em dois momentos distintos, antes e após a aplicação dos respetivos programas, sendo por isso designados de pré e pós-testes.

Todos os testes, salvo alguns pós-testes do grupo experimental que foram entregues pela investigadora, foram aplicados aos alunos pelos respetivos professores colaboradores de ciências da natureza, tendo estes recebido um conjunto de instruções sobre a forma como deveriam proceder.

Os professores foram alertados para entregarem o questionário aos alunos no início da aula, procederem a uma leitura em voz alta, concederem algum tempo para esclarecimento de dúvidas, pedirem aos alunos sinceridade e individualidade nas respostas, concederem o tempo necessário para todos os alunos responderem, vigiarem os alunos, no sentido de evitar que copiassem pelos colegas, e, finalmente, recolherem os questionários após o seu preenchimento.

No seguimento da leção dos conteúdos do programa oficial de ciências “Processos vitais comuns aos seres vivos” (no grupo de controlo e experimental) e de ser aplicada a intervenção “A saúde também depende de ti” (no grupo experimental), foram recolhidos novos dados utilizando os mesmos questionários. Na aplicação do pós-teste foram tidos em consideração os mesmos cuidados, descritos anteriormente, para assegurar a fidedignidade dos dados.

### **3.8. TRATAMENTO DE DADOS**

Depois da recolha de dados, através dos pré e pós-testes, as respostas dos alunos foram sujeitas a uma análise qualitativa de conteúdo, por forma a estabelecer algumas categorias de resposta e, assim, uniformizar os comportamentos bastante abrangentes referidos.

Para além dos questionários, procedemos a uma análise de conteúdo das secções referentes à promoção da saúde contantes nos manuais escolares dos grupos em estudo para, no final, podermos tecer algumas comparações com as respostas obtidas nos questionários.

A análise de conteúdo corresponde ao conjunto de técnicas de análise dos documentos, recorrendo a procedimentos sistemáticos e objetivos, de forma a obter uma descrição do conteúdo das mensagens que permita tirar inferências relativas às mesmas (Bardin, 1995).

Neste sentido, para que fosse possível analisar e interpretar os dados recolhidos nos questionários, inicialmente identificamos as respostas obtidas nos testes dos alunos e apresentamos os dados em tabelas, de forma a possibilitar o estabelecimento de algumas relações entre as diferentes respostas. Procuramos agrupar as respostas semelhantes em categorias, a partir do seu conteúdo, de modo a identificarem-se padrões (Ghiglione & Matalon (1997); Ludke & André (1988) e Moltó (2002).

Apesar de terem sido formadas algumas categorias prévias de análise, estas foram todas consolidadas *à posteriori*, tendo em conta o objetivo da questão e as respostas fornecidas pelos alunos. Houve sempre o cuidado de apresentar toda a informação de forma organizada, coerente e simples. Como refere Moltó (2002), sempre que possível a apresentação dos resultados deve ser feita através de tabelas de modo a possibilitar uma melhor comparação e estabelecimento de relações entre as várias respostas.

Depois de estabelecidas as principais categorias de resposta, procedeu-se a uma análise estatística dos pré-testes e pós-testes. As categorias foram introduzidas em folhas de cálculo do programa Excel, assim como todos os alunos das turmas que constituem a amostra, para se fazer a contabilização do número de comportamentos referidos por cada aluno.

Posteriormente à marcação de todas as categorias/comportamentos referidos por aluno, foram elaboradas duas folhas de cálculo, uma que permitisse observar as categorias mais referidas e outra que possibilitasse observar a contabilização de respostas por aluno, de modo a se poderem observar os dados finais de ambas as formas.

Após o lançamento de todos os dados no programa Excel, estas tabelas foram convertidas para o programa SPSS, que tornou possível determinar a média de respostas corretas obtidas por aluno e comparar os dados por grupo (experimental e controlo) e por momento (pré-teste e pós-teste), através da técnica de análise *ANOVA medidas repetidas*, com um grau de significância de  $p < 0,01$ . Este tratamento dos dados permitiu averiguar se as diferenças observadas na amostra eram estatisticamente significantes, ou seja, se as conclusões da amostra se podem generalizar para a população.

Assim, foi possível verificar os conhecimentos iniciais sobre comportamentos de saúde dos alunos, identificar os comportamentos que estes consideram mais importantes na promoção da saúde e testar a eficácia de um programa na promoção de conhecimentos favoráveis a estilos de vida saudáveis.



## **CAPITULO IV**

### **APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

#### **4.1. INTRODUÇÃO**

O capítulo IV é destinado à apresentação e análise dos resultados obtidos ao longo da presente investigação. A apresentação dos dados é efetuada mediante os conteúdos abordados nas aulas de ciências da natureza e no programa de promoção de conhecimentos favoráveis a um estilo de vida saudável.

Neste sentido, após a introdução (4.1), apresentam-se os resultados gerais (4.2) e a partir deste momento analisam-se particularmente os resultados conseguidos nos pré e pós-testes referentes a cada aparelho (4.3), a saber: cavidade oral (4.3.1), aparelho digestivo (4.3.2), aparelho respiratório (4.3.3), aparelho circulatório (4.3.4), pele (4.3.5), aparelho urinário (4.3.6) e aparelho reprodutor (4.3.7).

Os dados apresentados nas tabelas que se seguem representam a pontuação média de respostas obtidas nos testes dos alunos que compõem a amostra, relativamente aos seus conhecimentos em cada um dos itens dos questionários sobre estilos de vida saudáveis. Os dados encontram-se apresentados, nas respetivas tabelas, por grupo (experimental e controlo) e em dois momentos distintos, na situação de pré e pós ensino do tema “Processos vitais comuns aos seres vivos” em ambos os grupos, e da implementação de um programa específico de saúde “A saúde também depende de ti” no grupo experimental.

Inicialmente, iremos proceder a uma análise dos dados gerais, apresentados numa tabela única que permite a visão geral dos resultados obtidos em cada grupo e em cada momento.

Após a apresentação dos resultados gerais, iremos à particularização dos mesmos, apresentados separadamente por cada um dos itens dos questionários. Primeiro será efetuada a análise da média de respostas dadas pelos alunos nos cuidados referentes à cavidade oral e, posteriormente, será apresentada a percentagem de alunos que referiu cada uma das categorias de resposta obtidas neste item, por forma a observar os comportamentos protetores e os comportamentos de risco mais referenciados. Proceder-se-á de modo semelhante na análise dos dados referentes aos restantes aparelhos.

## 4.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS GERAIS

Na tabela 3 são apresentados os dados gerais, com a pontuação média obtida por cada grupo, em cada um dos itens dos questionários, nas situações de pré e pós ensino.

**Tabela 3**

**Pontuação média, por aluno, obtida pelos grupos experimental e de controlo, em cada um dos itens do pré e do pós-teste**

(N=85)

<b>Conteúdos -Itens</b>	<b>p.m.</b>	<b>Grupos</b>	<b>Pré <math>\bar{x}</math></b>	<b>Pós <math>\bar{x}</math></b>
Cavidade Oral	25	G.E.	3,5	9,3
		G.C.	2,4	3,0
Aparelho Digestivo	37	G.E.	2,5	8,8
		G.C.	2,1	2,9
Aparelho Respiratório	22	G.E.	3,5	8,9
		G.C.	2,9	3,8
Aparelho Circulatório	25	G.E.	3,6	12,9
		G.C.	3,2	4,5
Pele	33	G.E.	4,0	11,2
		G.C.	2,3	3,2
Aparelho Urinário	26	G.E.	2,4	9,3
		G.C.	1,8	3,1
Aparelho Reprodutor	25	G.E.	3,5	10,3
		G.C.	1,5	4,3

**Nota: p.m. refere-se à pontuação máxima**

Como podemos observar, o conteúdo em que os alunos foca da investigação demonstraram uma maior abrangência nos conhecimentos, relativamente a comportamentos protetores e de risco para a saúde, foi nos cuidados relativos ao aparelho digestivo, observando-se que no total se registaram 37 comportamentos protetores e de risco indicados para este conteúdo. Por sua vez, o conteúdo em que se verificou uma menor abrangência de conhecimentos foi nos cuidados relativos ao aparelho respiratório, com 22 comportamentos referidos.

Podemos ainda verificar, pela análise da tabela, que os alunos pertencentes a ambos os grupos demonstraram sempre, no momento inicial, alguns conhecimentos sobre comportamentos que ajudam na manutenção da integridade morfofisiológica do organismo.

Embora estes conhecimentos possam ser inicialmente mais reduzidos, não se verifica em nenhum item dos questionários, em nenhum grupo, uma média inferior a uma resposta, o que comprova que os alunos possuíam, a priori, alguns conhecimentos.

Antes da lecionação dos respetivos programas, o grupo experimental demonstrou mais conhecimentos em relação aos cuidados com a pele, com uma pontuação média por aluno de quatro respostas, e o grupo de controlo demonstrou mais conhecimentos nos cuidados relativos ao aparelho circulatório, com uma pontuação média, aproximada, de três respostas por aluno.

Após a lecionação do programa oficial de ciências da natureza em ambos os grupos e da aplicação de uma intervenção de promoção de estilos de vida saudáveis, no grupo experimental, a situação do grupo de controlo manteve-se com destaque nos cuidados referentes ao aparelho circulatório, mas, desta feita, com uma pontuação média ligeiramente superior, com quatro respostas e meia por aluno. No entanto, registou-se uma alteração no grupo experimental revelando-se, também, um maior destaque nos cuidados com o aparelho circulatório, com uma pontuação média de treze respostas por aluno.

As situações em que se verificaram, antes da lecionação dos conteúdos, uma pontuação média inferior, encontram-se nos cuidados referentes ao aparelho reprodutor, no grupo de controlo, e nos cuidados no âmbito do aparelho urinário, no grupo experimental. Depois da lecionação dos referidos programas, o aparelho digestivo revela-se, em ambos os grupos, como o item em que os alunos obtiveram uma pontuação média de respostas inferior.

Atendendo aos dados apresentados na tabela três e estabelecendo uma comparação entre os dados dos pré e pós-testes, verifica-se ainda, que no grupo experimental a evolução dos alunos entre estes dois momentos foi mais acentuada nos cuidados relativos ao aparelho circulatório e onde se pôde constatar uma menor evolução foi nos cuidados relativos ao aparelho respiratório. Por sua vez, no grupo de controlo, a evolução mais representativa prendeu-se com os cuidados relativos ao aparelho reprodutor e a evolução mais reduzida, inferior a uma resposta, regista-se nos cuidados referentes à cavidade oral.

Fazendo uma análise comparativa dos resultados dos dois grupos, podemos verificar que nos pré-testes as diferenças entre as médias de resposta não são muito acentuadas, estando os dois grupos relativamente equiparados, porém, no pós-teste, registam-se diferenças mais acentuadas entre os dois grupos, em todos os itens dos questionários, sendo a pontuação média de respostas superior no grupo experimental.

Face aos resultados obtidos, dada a evolução nas respostas dos alunos do grupo experimental, é de admitir que o programa “A saúde também depende de ti” possa ter sido eficaz na melhoria dos conhecimentos dos alunos sobre estilos de vida saudáveis, mais concretamente na melhoria dos seus conhecimentos sobre os principais comportamentos, protetores e de risco, para a integridade morfofisiológica do corpo humano, no entanto, vamos proceder à análise individual dos resultados ,efetuada para cada um dos itens dos questionários, de modo a poder constatar-se se existem diferenças estatisticamente significativas, ou não, entre os grupos experimental e de controlo, nos momentos de pré ensino e pós ensino.

### 4.3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS POR CONTEÚDO

#### 4.3.1. Cavidade Oral

**Tabela 4**

**Pontuação média, por aluno, obtida pelos grupos experimental e de controlo nos conhecimentos relativos à cavidade oral**

<b>CAVIDADE ORAL</b>		<b>Pré</b> $\bar{x}$	<b>Pós</b> $\bar{x}$	<b>Total</b>	<b>p</b> <b>(momentos)</b>	<b>p</b> <b>(grupos)</b>	<b>p</b> <b>(momentos /grupos)</b>
	<b>Experimental</b>	3,46	9,26	6,36	<b>p &lt; 0,01</b>	<b>p &lt; 0,01</b>	<b>p &lt; 0,01</b>
	<b>Controlo</b>	2,45	3,04	2,75			
	<b>Total</b>	2,95	6,15	4,55			

Pela análise da tabela 4, podemos observar que os alunos que compõem a amostra, antes de qualquer intervenção, detinham já alguns conhecimentos sobre comportamentos protetores e de risco para a saúde oral. Em média, cada aluno, inicialmente, referiu três comportamentos, valor que subiu para sensivelmente o dobro no momento posterior à lecionação dos programas.

É possível constatar que houve uma melhoria nos conhecimentos, do pré-teste para o pós-teste, relativamente aos cuidados que se devem ter com a cavidade oral, embora essa

melhoria tenha sido mais expressiva no grupo experimental, uma vez que a média de respostas neste grupo foi superior à do grupo de controlo.

Nos pré-testes, os dois grupos estavam relativamente equiparados em relação aos conhecimentos demonstrados. As principais diferenças, entre grupos, acentuaram-se no pós-teste, destacando-se o grupo experimental, onde se verificou uma grande evolução no número de respostas indicadas por aluno.

No grupo de controlo, apesar da evolução nos conhecimentos não ser tão expressiva como no grupo experimental, existe uma ligeira diferença entre o pré e pós-teste, uma vez que neste intervalo temporal foram lecionados os conteúdos do programa de ciências da natureza, e foram referidos alguns cuidados básicos a ter para manter a saúde oral. No entanto, as diferenças mais significativas notam-se no grupo experimental ao qual foi lecionado um programa específico de promoção de estilos de vida saudáveis, com uma vertente de promoção de uma boa saúde oral.

Após ter-se efetuado um teste estatístico, foi possível constatar que as diferenças entre grupos e entre momentos são significativas, com um grau de significância de  $p < 0,01$ .

Procedendo-se a uma análise de conteúdo das respostas obtidas às questões: “O que deves evitar fazer para teres uma boa saúde oral?” e “O que deves fazer para teres uma boa saúde oral?”, foi possível determinar os comportamentos que os alunos consideraram mais importantes para a manutenção da saúde e a percentagem de alunos que os indicou, em cada um dos momentos, permitindo, assim, verificar a sua evolução ao longo da investigação, como podemos constatar pela análise da tabela 5, apresentada de seguida.

**Tabela 5**

**Comportamentos de risco e protetores referidos pelos alunos do grupo experimental e de controlo sobre a cavidade oral (%)**

Cavidade Oral	Grupo Experimental		Grupo Controlo	
	Pré-Teste %	Pós-Teste %	Pré-Teste %	Pós-Teste %
<b>COMPORTAMENTOS PROTETORES</b>				
Escovar os dentes	94,3	100,0	89,8	87,8
Limpar a língua	5,7	65,7	2,0	0,0
Usar fio dentário	22,9	74,3	0,0	6,1
Fazer consultas de rotina no dentista	28,6	60,0	12,2	8,2
Comer alimentos ricos em cálcio (e.g., beber leite e comer seus derivados)	0,0	37,1	0,0	4,1
Comer alimentos ricos em vitamina C	8,6	31,4	0,0	0,0
Comer legumes e frutas frescos e crus	5,7	57,1	10,2	14,3
Bochechar com água (caso não seja possível lavar os dentes)	0,0	0,0	2,0	6,1
Dar preferência a alimentos não cariogénicos (não especificando)	31,4	0,0	14,3	14,3
Trocar de escovas de dentes com frequência	2,9	0,0	0,0	0,0
Lavar bem os alimentos antes de os comer	0,0	5,7	2,0	0,0
<b>COMPORTAMENTOS PREJUDICIAIS</b>				
Fumar	8,6	97,1	2,0	2,0
Comer doces	82,9	94,3	87,8	91,8
Beber bebidas açucaradas	0,0	37,1	6,1	2,0
Mascar pastilhas elásticas com açúcar	8,6	60,0	6,1	6,1
Tomar antibióticos	0,0	60,0	0,0	0,0
Beber bebidas muito quentes ou muito frias	0,0	51,4	0,0	4,1
Trincar alimentos muito duros	14,3	14,3	4,1	53,1
Colocar os dedos ou objetos sujos na boca	11,4	2,9	4,1	0,0
Beber bebidas alcoólicas	0,0	14,3	0,0	0,0
Usar palitos	8,6	31,4	0,0	2,0
Abrir objetos com os dentes	2,9	0,0	0,0	2,0
Comer alimentos muito ácidos	8,6	14,3	0,0	0,0
Consumir drogas	0,0	14,3	0,0	0,0
Beber bebidas gaseificadas	0,0	2,9	2,0	0,0

Observando a tabela 5, é possível verificar os conhecimentos dos alunos referentes a comportamentos protetores e de risco para a saúde oral.

De um modo geral, em ambos os grupos e nos dois momentos em que foram entregues os questionários, a maioria dos alunos refere como medida preventiva para doenças do foro oral a *escovagem dos dentes*. Este comportamento é do conhecimento da quase totalidade dos alunos e demonstra que, independentemente dos programas lecionados, os discentes já reconheciam a sua importância. No grupo experimental, inicialmente, 94,3% dos alunos referiu o comportamento e, posteriormente, no pós-teste, a totalidade dos alunos (100%) incluiu-o nos seus testes. No grupo de controlo, apesar de haver um pequeno decréscimo entre o pré e o pós-teste, respetivamente 89,8% e 87,8%, foram bastantes os alunos que reconheceram a sua importância.

A par da escovagem dos dentes, foi identificado como um comportamento de risco *comer doces*, sendo a percentagem de alunos que refere este comportamento como prejudicial elevada, em qualquer grupo e em qualquer momento da investigação. Inicialmente, 82,9% dos alunos do grupo experimental e 87,8% dos alunos do grupo de controlo incluíram este comportamento de risco nos seus testes. Após a leção dos respetivos programas em cada grupo, verifica-se um aumento na percentagem daqueles que o referem, sendo respetivamente de 94,3% e 91,8%.

Os dois comportamentos indicados são os que se destacam dos assinalados na tabela, e são os que maior consenso obtêm quer no grupo experimental, quer no grupo de controlo. Todavia, existe referência de outros comportamentos, embora com valores menos expressivos.

Apesar da escovagem dos dentes ser um comportamento expressamente referido, a *limpeza da língua*, local onde se acumulam várias bactérias, já foi algo a que os alunos não deram grande importância, ou desconhecem. No grupo experimental, no pré-teste, apenas 5,7% dos alunos referem reconhecer a sua importância e no grupo de controlo, no mesmo momento, apenas 2% o indicou. A seguir à leção dos referidos programas, no grupo de controlo este comportamento simplesmente desapareceu e não foi referido por nenhum aluno, mas no grupo experimental, no pós-teste, a maioria dos alunos (65,7%) já o indicou como parte constituinte de uma boa higiene oral. Por sua vez, a menção ao *uso de fio dentário* é algo que já revela algum conhecimento por parte de alguns alunos. Inicialmente, no grupo experimental, 22,9% dos alunos referiram a importância do seu uso para uma boa saúde bucal, posteriormente ao programa de promoção de estilos de vida saudáveis, essa percentagem aumentou para 74,3%, o que permitiu que mais de metade dos alunos passasse a considerar o uso de fio dentário como algo importante na prevenção de doenças orais. Paralelamente, no grupo de controlo, no pré-

teste, a percentagem de alunos que referiu este comportamento é nula e no final da lecionação dos conteúdos de ciências da natureza houve uma ligeira melhoria, uma vez que 6,1% dos alunos indicaram a sua importância. Quanto ao *uso de palitos*, no grupo experimental, no pré-teste, houve algumas referências ao comportamento como sendo um fator negativo para a saúde oral (8,6%), mas esse valor aumentou no, pós-teste, para 31,4%. No grupo de controlo quase não existem referências a este comportamento.

Embora com percentagens mais reduzidas, comparativamente às que incluem uma boa higiene oral, a maioria dos alunos do grupo experimental, no seu pós-teste, refere, como um comportamento protetor, *fazer consultas de rotina no dentista*. Nos pré-testes, de ambos os grupos, a percentagem de referências são respetivamente de 28,6% e 12,2%. No pós-teste, no grupo experimental, houve uma melhoria significativa de menções a este comportamento, sendo a percentagem de 60%. No grupo de controlo, a percentagem diminuiu, sendo no momento final de 8,2%.

Uma das diferenças mais consideráveis entre os dois grupos prende-se com a alimentação e os seus benefícios na saúde oral.

No pré-teste, não houve nenhuma referência quanto à importância da *ingestão de alimentos ricos em cálcio*, como leite e derivados, no fortalecimento dos dentes, no entanto, após o programa de promoção de estilos de vida saudáveis, no grupo experimental, 37,1% dos alunos referiram esse comportamento e, no grupo de controlo, após terem sido trabalhados os conteúdos de ciências da natureza, apenas 4,1% o fez. Quanto à ingestão de *alimentos ricos em vitamina C*, importantes na manutenção de gengivas e dentes saudáveis, apenas se encontram algumas referências no grupo experimental. Inicialmente, 8,6% dos alunos referiram a importância deste grupo de alimentos, mas no pós-teste essa percentagem aumentou para 31,4%.

No pré-teste do grupo experimental, 31,4% dos alunos referiram a importância de dar preferência a *alimentos não cariogénicos*, não especificando a que alimentos se referiam. Porém, no seu pós-teste, nenhum aluno faz qualquer referência a esta categoria. Por sua vez, podemos observar um aumento de incidência em categorias como a importância de se comer *legumes e frutas frescas*, que não causam cáries e geram algumas substâncias necessárias à formação de dentes fortes (57,1%); não comer doces (94,3%); não beber bebidas açucaradas (37,1%) e não mascar pastilhas elásticas com açúcar (60%).

Paralelamente, no grupo de controlo, a percentagem de alunos que indicou a importância de comer alimentos não cariogénicos foi igual no pré e pós-teste (14,3%). Com valores mais reduzidos, comparativamente com o grupo experimental, os alunos indicaram a importância de ingerir *frutas e legumes*, e, com valores ainda mais reduzidos, mencionaram a importância de *não mascar pastilhas elásticas com açúcar* (6,1%, no pré e pós-teste) e *não beber bebidas açucaradas*, sendo que, neste último caso, a percentagem diminuiu no pós-teste em relação ao pré-teste, situando-se nos 2%.

Observando o quadro 5 é possível, ainda, detetar que poucos elementos do grupo experimental, referiram, inicialmente, a importância de *trocar com frequência de escova de dentes*, e, apesar da aplicação dos respetivos programas, no pós-teste, nenhum aluno de nenhum grupo voltou a fazer referência ao comportamento. No entanto, no grupo de controlo, alguns alunos, quer no pré, quer no pós-teste referem o ato de *bochechar* como um comportamento protetor da saúde oral em detrimento da impossibilidade de escovar os dentes.

É importante apontar a existência de três comportamentos que são amplamente indicados como comportamentos prejudiciais à saúde oral, no pós-teste do grupo experimental, e que quase não são referidos no grupo de controlo em nenhum momento, a saber: o ato de *fumar* (97,1%), *beber bebidas alcoólicas* (14,3%) e *consumir drogas* (14,3%). Os dois últimos não foram mencionados por nenhum aluno do grupo de controlo, nem no pré nem no pós-teste, e fumar foi referido apenas por 2% dos alunos. No grupo experimental, ainda se destacam, no pós-teste, as referências ao consumo de *bebidas muito quentes ou muito frias* (51,4%) e a *toma de antibióticos* (60%). No grupo de controlo, também no pós-teste, destaca-se o ato prejudicial de *trincar alimentos muito duros* (53,1%).

### 4.3.2. Aparelho Digestivo

**Tabela 6**

**Pontuação média, por aluno, obtida pelos grupos experimental e de controlo nos conhecimentos relativos aos cuidados com o aparelho digestivo**

<b>APARELHO DIGESTIVO</b>		<b>Pré</b> $\bar{x}$	<b>Pós</b> $\bar{x}$	<b>Total</b>	<b>p</b> <b>(momentos)</b>	<b>p</b> <b>(grupos)</b>	<b>p</b> <b>(momentos /grupos)</b>
	<b>Experimental</b>	2,46	8,83	5,64	<b>p &lt; 0,01</b>	<b>p &lt; 0,01</b>	<b>p &lt; 0,01</b>
	<b>Controlo</b>	2,06	2,9	2,48			
	<b>Total</b>	2,26	5,86	4,06			

No que diz respeito aos cuidados com o aparelho digestivo, inicialmente, podemos observar que os alunos que integram a amostra em estudo não detinham muitos conhecimentos sobre comportamentos que podem beneficiar ou prejudicar a sua saúde, sendo referidos, em média, um total de dois comportamentos por aluno. No entanto, esse valor é superior no pós-teste, o que indica que os conhecimentos dos alunos aumentaram após a aplicação dos programas.

É possível, ainda, constatar pela tabela seis que a média de comportamentos referidos como importantes na manutenção da integridade morfofisiológica do aparelho digestivo foi, no pré-teste, semelhante nos dois grupos. Observamos que ambos apresentaram uma média de respostas por aluno similar, o que indica que antes da aplicação dos respetivos programas estavam em situação semelhante de conhecimentos. As diferenças entre grupos evidenciaram-se no pós-teste, após a lecionação dos programas

Os resultados obtidos no pós-teste do grupo de controlo permitem observar uma ligeira melhoria em relação ao pré-teste, contudo, essa melhoria não chega à média de um comportamento referido por aluno. Por sua vez, no grupo experimental, após a aplicação do programa de promoção de estilos de vida saudáveis, a média de comportamentos referidos por aluno foi de aproximadamente nove, havendo, deste modo, uma evolução significativa nos seus conhecimentos, perspetivando-se a eficácia da intervenção pedagógica aplicada.

Após ter-se efetuado o teste estatístico, foi possível constatar que houve melhorias significativas ( $p < 0,01$ ) entre os dois grupos (experimental e de controlo) e entre os dois momentos da investigação (pré-ensino e pós-ensino).

À semelhança do conteúdo sobre a saúde oral, foram colocadas duas questões aos alunos como forma de verificação dos seus conhecimentos, em situação de pré e pós-teste: “O que deves evitar fazer para teres um aparelho digestivo saudável?” e “O que deves fazer para teres um aparelho digestivo saudável?”.

Tendo-se procedido a uma análise de conteúdo do questionário, foi possível verificar quais os comportamentos mais citados pelos alunos e as principais diferenças entre grupos, que passaremos a apresentar de seguida na tabela 7.

**Tabela 7**  
**Comportamentos de risco e protetores referidos pelos alunos do grupo experimental e de controlo sobre o aparelho digestivo (%)**

Aparelho Digestivo	Grupo Experimental		Grupo Controlo	
	Pré-Teste (%)	Pós-Teste (%)	Pré-Teste (%)	Pós-Teste (%)
<b>COMPORTAMENTOS PROTETORES</b>				
Beber leite e comer os seus derivados	0,0	34,3	0,0	0,0
Fazer uma alimentação equilibrada	85,7	40,0	61,2	28,6
Comer em intervalos regulares de tempo	17,1	11,4	0,0	57,1
Mastigar bem os alimentos	5,7	14,3	12,2	22,5
Dar preferência a alimentos integrais	0,0	20,0	0,0	0,0
Comer sopa	2,9	48,6	4,1	0,0
Comer vegetais	25,7	68,6	14,3	14,3
Comer frutos secos	0,0	14,3	0,0	0,0
Comer alimentos ricos em fibra	0,0	11,4	0,0	0,0
Beber água	11,4	62,9	4,08	2,0
Praticar atividade física, exceto durante a digestão	2,9	37,1	0,0	10,2
Comer alimentos frescos	0,0	2,9	0,0	8,2
Comer moderadamente	5,7	0,0	12,2	30,6
Tomar pequeno-almoço	0,0	0,0	2,0	0,0
Lavar bem os alimentos	0,0	0,0	6,1	0,0
Beber sumos naturais	2,9	5,7	4,1	0,0
<b>COMPORTAMENTOS PREJUDICIAIS</b>				
Consumir sal e salgados	14,3	74,3	2,0	10,2

Consumir drogas	2,9	65,7	0,0	0,0
Ingerir alimentos fumados e curados	0,0	17,1	2,0	0,0
Tomar medicamentos sem beber	0,0	25,7	0,0	0,0
Beber bebidas alcoólicas	8,6	57,1	2,0	12,2
Comer rápido	5,7	51,4	22,5	34,7
Fazer grandes jejuns	5,7	17,1	0,0	0,0
Fumar	0,0	88,6	0,0	0,0
Beber refrigerantes gaseificados	0,0	48,6	4,1	10,2
Fazer refeições pesadas antes de dormir	0,0	31,4	0,0	0,0
Mascar e/ou engolir pastilhas elásticas	8,6	5,7	4,1	0,0
Comer alimentos ácidos	2,9	0,0	0,0	0,0
Comer alimentos muito condimentados	5,7	0,0	2,0	6,1
Roer objetos	5,7	0,0	2,0	0,0
Frequentar piscina/mar durante a digestão	5,7	2,9	2,0	18,4
Comer doces	0,0	0,0	6,1	12,2
Comer alimentos enlatados	0,0	0,0	2,0	0,0
Abusar na carne	0,0	0,0	4,1	2,0
Ingerir alimentos fora de prazo	0,0	0,0	4,1	0,0
Comer alimentos muito quentes ou muito frios	0,0	0,0	0,0	4,1
Comer alimentos ricos em gordura	20,0	25,7	26,5	6,1

Observando a tabela 7 que contempla as diferentes categorias de conhecimento citadas pelos alunos, podemos constatar que estas são mais diversificadas quando comparadas com as referidas sobre a saúde oral, sendo este o conteúdo em que se verificou um maior número de comportamentos protetores e de risco indicados pelos alunos.

De um modo geral, podemos observar, pela tabela, alguns dos comportamentos considerados pelos alunos como mais importantes para manter a integridade do aparelho digestivo.

Pela análise de resultados dos pré-testes, em ambos os grupos, é possível verificar que entre os conhecimentos que mais se destacam, se encontra o seguinte: *fazer uma alimentação equilibrada*. Este comportamento foi referido por 85,7% dos alunos do grupo experimental e 61,2% dos alunos do grupo de controlo, o que revela que grande parte dos alunos de ambos os grupos já reconhecia a importância de uma alimentação correta e equilibrada para a saúde. No entanto, é possível verificar que, apesar da importância deste comportamento na saúde e do seu reforço no âmbito do programa de promoção de estilos de vida saudáveis no grupo experimental, a percentagem de alunos que o referiu no pós-teste diminuiu para 40% e diminuiu também, no grupo de controlo, para 28,6%. Este facto talvez possa ser explicado, no grupo experimental, pelo

aumento de referências no pós-teste em categorias mais específicas sobre a alimentação, como, por exemplo, *comer vegetais* (68,6%), *comer sopas* (48,6%), *comer frutos secos* (14,3%), *alimentos ricos em fibras* (11,4%) e preferencialmente *integrais* (20%). No grupo de controlo, também foi possível observar no pós-teste um maior número de referências a comportamentos ligados à alimentação, não relacionados com os alimentos em si, mas sim com a forma como nos servimos deles, como, por exemplo, *comer em intervalos regulares de tempo* (57,1%), *mastigar bem os alimentos* (22,5%), *comer alimentos frescos* (8,2%) e *comer moderadamente* (30,6%). O comportamento *comer rápido* foi considerado pelos dois grupos, após os seus respetivos programas, como um comportamento prejudicial, com uma percentagem de 51,4% no grupo experimental e de 34,7% no grupo de controlo, já o comportamento prejudicial de se realizarem *grandes jejuns* apenas foi incluído nos comportamentos de risco referidos pelos alunos do grupo experimental, com um valor de 17,1%.

No grupo experimental, no pós-teste, destaca-se, ainda, a melhoria de conhecimentos em alguns comportamentos que no grupo de controlo se revelaram quase inexistentes, como o aumento de referências à importância de *beber água* (62,9%) e em comportamentos prejudiciais como *consumir drogas* (65,7%), *fumar* (88,6%), *tomar medicamentos sem beber* (25,7%), *fazer refeições pesadas antes de dormir* (31,4%) e *consumir alimentos fumados ou curados* (17,1%).

É importante referir alguns comportamentos que sofreram uma evolução nas suas menções, entre o momento inicial e o momento posterior aos respetivos programas, por parte dos alunos de ambos os grupos, mas com uma maior expressividade no grupo experimental, como é o caso das referências realizadas à importância de praticar *atividade física, exceto nas horas em que se está a realizar a digestão*, com 37,1% dos alunos a referi-lo, no grupo experimental, e 10,2%, no grupo de controlo, e o aumento significativo de conhecimentos em alguns comportamentos de risco, como os malefícios do *consumo de sal e salgados* (74,3%, grupo experimental e 10,2%, grupo de controlo), *beber bebidas alcoólicas* (grupo experimental 57,1% e grupo de controlo 12,2%) e *beber refrigerantes gaseificados* (grupo experimental 48,6% e grupo de controlo 10,2%). Pelo contrário, com pouca expressão, no grupo experimental, destacam-se, no pós-teste do grupo de controlo, comportamentos prejudiciais como *frequentar a piscina/mar durante a digestão* (18,4%) e *comer doces* (12,2%).

Quanto à ingestão de *alimentos ricos em gordura*, alguns alunos reconheceram que se trata de um comportamento prejudicial à saúde, todavia, apesar de no grupo experimental haver um ligeiro aumento entre o pré e o pós-teste, respetivamente 20% e 25,7%, no grupo de controlo

a percentagem de alunos que referiu este comportamento diminuiu entre os dois momentos da investigação, passando de 26,5% para uma percentagem de 6,1%.

### 4.3.3. Aparelho Respiratório

**Tabela 8**

**Pontuação média, por aluno, obtida pelos grupos experimental e de controlo nos conhecimentos relativos aos cuidados com o aparelho respiratório**

<b>APARELHO RESPIRATÓRIO</b>		<b>Pré</b> $\bar{x}$	<b>Pós</b> $\bar{x}$	<b>Total</b>	<b>p</b> <b>(momentos)</b>	<b>p</b> <b>(grupos)</b>	<b>p</b> <b>(momentos /grupos)</b>
	<b>Experimental</b>	3,47	8,94	6,21	<b>p &lt; 0,01</b>	<b>p &lt; 0,01</b>	<b>p &lt; 0,01</b>
	<b>Controlo</b>	2,92	3,82	3,36			
	<b>Total</b>	3,2	6,38	4,79			

Pela análise dos dados constantes na tabela 8 é possível observar os resultados obtidos nos questionários entregues aos alunos, relativamente aos seus conhecimentos sobre cuidados a ter com a saúde do aparelho respiratório.

De um modo geral, pode-se perceber que, no início do processo, os alunos possuíam alguns conhecimentos sobre comportamentos de saúde do aparelho respiratório. Apesar de esses conhecimentos não serem muito elevados, em média cada aluno indicou três comportamentos importantes para manter a sua saúde, esse facto alterou-se após a leção dos programas, traduzindo-se num aumento da média de respostas dos alunos, cerca de seis comportamentos. Esta melhoria nos conhecimentos dos alunos deve-se, em grande parte, ao aumento significativo de respostas no grupo experimental, após a intervenção no âmbito da saúde a que foram sujeitos, que fez com que este grupo de alunos se destacasse em relação ao grupo de controlo.

Observando a referida tabela, é possível verificar que, no pré-teste, o número de comportamentos referidos pelos alunos dos dois grupos (experimental e de controlo) é semelhante, com uma média de respostas aproximada entre os dois. No pós-teste, as diferenças entre grupos revelam-se mais acentuadas e significativas. O grupo experimental, após a leção do programa de promoção de estilos de vida saudáveis, destaca-se com uma média

de respostas por aluno de aproximadamente nove, em relação ao grupo de controlo que obteve uma média aproximada de quatro respostas por aluno.

Nos dados relativos ao aparelho respiratório, continua a destacar-se a evolução nos conhecimentos dos alunos do grupo experimental, após a intervenção efetuada no sentido da promoção de estilos de vida saudáveis, sendo possível constatar pela realização de testes estatísticos que houve diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,01$ ) entre grupos (experimental e controlo) e entre os dois momentos (pré-ensino e pós-ensino).

À semelhança dos conteúdos anteriores, foram colocadas duas questões nos questionários de recolhas de dados, que pretendiam aferir os conhecimentos dos alunos sobre comportamentos a evitar e comportamentos a praticar para manter a saúde do aparelho respiratório. Após uma análise de conteúdo das suas respostas, constataram-se os comportamentos mais referidos pelos alunos e as principais diferenças encontradas entre grupos, nos dois momentos da investigação, apresentados na tabela 9.

**Tabela 9**

**Comportamentos de risco e protetores referidos pelos alunos do grupo experimental e de controlo sobre o aparelho respiratório (%)**

<b>Aparelho Respiratório</b>	<b>Grupo Experimental</b>		<b>Grupo Controlo</b>	
	Pré-Teste (%)	Pós-Teste (%)	Pré-Teste (%)	Pós-Teste (%)
<b>COMPORTAMENTOS PROTETORES</b>				
Arejar as habitações	2,8	80,6	0,0	40,8
Estar atento às alergias	8,3	61,1	0,0	0,0
Prevenir constipações	5,6	41,7	0,0	0,0
Praticar exercício físico, nomeadamente exercícios respiratórios, (e.g., natação)	13,9	72,2	4,1	34,7
Proteger-se ao passar de ambientes quentes para ambientes frios	0,0	50,0	0,0	0,0
Inspirar pelo nariz e não pela boca	11,1	80,6	32,7	69,4
Comer alimentos ricos em vitamina C	0,0	72,2	0,0	0,0
Desobstruir as vias respiratórias (e.g., posições que prejudicam os movimentos respiratórios)	11,1	2,8	26,5	8,2
Consultar o médico se apresentar sintomas de algo...	25,0	0,0	0,0	0,0
Respirar de forma constante, calma e profunda	36,1	2,8	10,2	0,0
Passear em locais muito oxigenados	41,7	19,4	24,5	42,9

COMPORTAMENTOS PREJUDICIAIS				
Fumar	83,3	100,0	100,0	98,0
Frequentar ambiente poluídos	63,9	88,9	38,8	65,3
Andar molhado	0,0	91,7	0,0	0,0
Passar de ambiente quentes, para ambientes frios	0,0	25,0	0,0	0,0
Estar em locais fechados, com deficiência de oxigénio, principalmente a fazer exercício físico	2,8	44,4	4,1	6,1
Estar perto de pessoas doentes que tosse e espirram	11,1	50,0	0,0	0,0
Inalar produtos tóxicos	2,8	0,0	2,0	6,1
Engolir pastilhas elásticas	2,8	0,0	0,0	0,0
Beber bebidas frias	0,0	0,0	6,1	0,0
Drogas	25,0	8,3	42,9	10,2
Ter plantas no quarto	0,0	2,8	0,0	0,0

Verificando a tabela 9 é possível observar, especificamente, os comportamentos protetores e prejudiciais à saúde do aparelho respiratório, que os alunos destacaram.

De um modo geral, e indo ao encontro do observado na tabela da pontuação média obtida por aluno, é possível observar que os alunos do grupo experimental referem um maior número de comportamentos no seu pós-teste, em relação ao grupo de controlo. Nas respostas obtidas no pós-teste do grupo experimental constatamos a existência de dez comportamentos referenciados por mais de metade dos alunos da amostra. No mesmo momento da investigação, no grupo de controlo, apenas três comportamentos são mencionados por mais de metade dos seus alunos.

Se fizermos uma leitura horizontal da tabela em que se confrontam os dados obtidos antes e após a aplicação dos respetivos programas em ambos os grupos, ela permite-nos verificar que existem dois comportamentos indicados por grande parte dos alunos, quer no pré quer no pós-teste, o que demonstra que eles já os reconheciam como importantes na manutenção da saúde do aparelho respiratório, mesmo antes da aplicação dos programas. *Fumar* foi referenciado como um comportamento prejudicial à saúde por 83,3% dos alunos do grupo experimental e 100% dos alunos do grupo de controlo (dados obtidos nos pré-testes dos referidos grupos). No pós-teste, todos os alunos do grupo experimental mencionaram esse comportamento, mas, paralelamente, no grupo de controlo, a percentagem diminuiu, em relação ao pré-teste, para 98%. Nos dois grupos, no pré-teste, os alunos já tinham identificado o facto de se *frequentar ambientes poluídos* como um comportamento prejudicial (63,9% no grupo

experimental e 38,8% no grupo de controlo), no entanto, a percentagem de alunos que o referiu no pós-teste aumentou para, respetivamente, 88,9% e 65,3%.

Os comportamentos em que se observou uma maior evolução entre o pré e o pós-teste, com referências efetuadas pela maioria dos alunos do grupo experimental, foram os seguintes: *arejar as habitações* (80,6%), *estar atento às alergias* (61,1%), *praticar exercício físico, nomeadamente exercícios respiratórios (e.g., natação)* (72,2%), *proteger-se ao passar de ambientes quentes para ambientes frios* (50%), *inspirar pelo nariz e não pela boca* (80,6%), *comer alimentos ricos em vitamina C* (72,2%), *andar molhado* (91,7%) e *estar perto de pessoas doentes que tosem ou espirram* (50%).

Ainda no grupo experimental, é possível observar que os alunos fizeram referência, no pré-teste, a três comportamentos que, posteriormente, não foram assinalados de forma tão significativa no pós-teste. Se antes da intervenção 25% dos alunos referiram a importância de nos deslocarmos ao *médico* caso apresentássemos sintomas de doença, após a intervenção, nenhum aluno fez essa menção. No pré-teste 36,1% dos alunos consideraram importante *respirar de modo constante, calmo e profundo*, havendo apenas 2,8% de referências ao comportamento no pós-teste. *Passear em locais oxigenados* foi referido por 41,7% dos alunos no pré-teste e por 19,4% no pós-teste, verificando-se uma diminuição entre os dois momentos da investigação.

No grupo de controlo, para além do destaque dado pelos alunos aos comportamentos prejudiciais de fumar e frequentar ambientes poluídos, destacaram como comportamentos positivos: *arejar as habitações* (40,8%), *praticar exercício físico, nomeadamente os que envolvem exercícios respiratórios (e.g., natação)* (34,7%), *inspirar pelo nariz e não pela boca* (69,4%) e *passear em locais mais oxigenados (e.g. parques)* (42,9%). No mesmo grupo, verificam-se dois comportamentos cuja percentagem de alunos que os referiram foi inferior no pós-teste, em relação ao pré-teste. Se 42,9% dos alunos consideravam, inicialmente, o *consumo de droga* como algo prejudicial, no pós-teste apenas 10,2% dos alunos deram relevância a esse comportamento. Quanto ao comportamento *desobstruir as vias respiratórias*, onde os alunos incluem, por exemplo, a posição do corpo que pode comprometer a respiração, a percentagem que o refere no pré-teste também é superior ao pós-teste, passando de 26,5%, para 8,2%.

#### 4.3.4. Aparelho Circulatorio

**Tabela 10**

**Pontuação média, por aluno, obtida pelos grupos experimental e de controlo nos conhecimentos relativos aos cuidados com o aparelho circulatorio**

<b>APARELHO CIRCULATORIO</b>		<b>Pré</b> $\bar{x}$	<b>Pós</b> $\bar{x}$	<b>Total</b>	<b>p</b> <b>(momentos)</b>	<b>p</b> <b>(grupos)</b>	<b>p</b> <b>(momentos /grupos)</b>
	<b>Experimental</b>	3,56	12,92	8,24	<b>p &lt; 0,01</b>	<b>p &lt; 0,01</b>	<b>p &lt; 0,01</b>
	<b>Controlo</b>	3,2	4,51	3,86			
	<b>Total</b>	3,38	8,71	6,05			

Relativamente aos conhecimentos demonstrados pelos alunos, no que diz respeito aos comportamentos protetores e de risco com o aparelho circulatorio, é possível verificar, depois de se ter efetuado um teste estatístico, diferenças significativas ( $p < 0,01$ ) entre os grupos de controlo e experimental e nos dois momentos da investigação (pré-teste e pós-teste).

Inicialmente, no pré-teste, o número de comportamentos referidos, em média, por cada aluno demonstrava algum conhecimento sobre formas de proteção da saúde, embora não fosse muito expressivo. No entanto, após a aplicação dos programas em ambos os grupos, percebe-se uma evolução nos conhecimentos, pois o número de comportamentos referidos aumentou significativamente, obtendo-se, em média, a referência de nove comportamentos por aluno.

Este crescimento da média de respostas total dos alunos no pós-teste, que demonstra um maior número de conhecimentos, deveu-se em grande parte à evolução dos alunos do grupo experimental, verificada após a intervenção no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis.

Após terem sido colocadas, aos alunos, as seguintes questões: “O que debes evitar fazer para teres um aparelho circulatorio saudável?” e “O que debes fazer para teres um aparelho circulatorio saudável?” foi possível elencar os principais comportamentos referidos pelos alunos e observar os comportamentos mais vezes mencionados por estes, organizados na tabela 11.

**Tabela 11**

**Comportamentos de risco e protetores referidos pelos alunos do grupo experimental e de controlo sobre o aparelho circulatório (%)**

<b>Aparelho Circulatório</b>	<b>Grupo Experimental</b>		<b>Grupo Controlo</b>	
	Pré-Teste (%)	Pós-Teste (%)	Pré-Teste (%)	Pós-Teste (%)
<b>COMPORTAMENTOS PROTETORES</b>				
Fazer exercício físico	27,8	94,4	40,8	87,8
Ter uma alimentação equilibrada	61,1	72,2	44,9	57,1
Controlar a tensão arterial	0,0	61,1	0,0	38,8
Controlar as infeções	5,6	22,2	0,0	16,3
Manter o peso normal	0,0	63,9	0,0	0,0
Comer frutas e legumes	0,0	19,4	4,1	0,0
Comer mais peixe do que carne	5,6	55,6	0,0	0,0
Descontrair	0,0	66,7	2,0	0,0
Praticar atividades de lazer	0,0	41,7	0,0	0,0
Estar atento à diabetes	8,3	0,0	0,0	0,0
Dormir bem e as horas recomendadas	2,8	0,0	0,0	0,0
Fazer análises ao sangue regularmente	33,3	0,0	0,0	0,0
<b>COMPORTAMENTOS PREJUDICIAIS</b>				
Fumar	66,7	100,0	91,8	83,7
Comer sal, salgados e fumados	8,3	97,2	2,0	6,1
Stresse, nervosismo	2,8	77,8	26,5	10,2
Permanecer muito tempo em pé	0,0	58,3	0,0	0,0
Beber, bebidas alcoólicas, em excesso	22,2	86,1	20,4	77,6
Drogas	36,1	50,0	22,4	12,2
Preocupações excessivas	2,8	58,3	6,1	0,0
Zangares – te	11,1	63,9	2,0	0,0
Ter uma vida agitada	0,0	52,8	0,0	0,0
Ter o colesterol alto	2,8	75,0	4,1	0,0
Comer alimentos ricos em gordura	38,9	72,2	51,0	53,1
Alimentos muito condimentados	5,6	0,0	0,0	0,0
Roupa apertada	13,9	2,8	2,0	8,2

Observando a tabela anterior é possível verificar, especificamente, por grupos e por momentos, os comportamentos que os alunos destacaram como importantes na manutenção da saúde do aparelho circulatório.

Primeiramente, conseguimos detetar os comportamentos que os alunos identificaram desde logo como saudáveis, ou prejudiciais, à saúde deste aparelho. Grande parte dos alunos

que compuseram a amostra em estudo reconheceram os benefícios de praticar uma *alimentação saudável* e *fazer exercício físico* e identificaram os atos de *fumar*, *consumir drogas* e ingerir *alimentos ricos em gordura* como comportamentos maléficos para a saúde do aparelho.

Analisando os dados referentes ao grupo experimental, observamos que, no pré-teste, apesar de um dos comportamentos mais referidos como fator de proteção do sistema cardiovascular ser a importância de uma *alimentação equilibrada*, com 61,1% dos alunos a indicá-lo, detetamos a presença, nos testes de alguns alunos, de comportamentos mais específicos relacionados com a alimentação, como por exemplo, a importância de *comer mais peixe do que carne* (5,6%) e fatores prejudiciais à saúde, a saber: abusar do *sal*, *salgados e fumados* (8,3%), comer *alimentos ricos em gordura* (38,9%) e comer *alimentos muito condimentados* (5,6%).

Aliado ao comportamento protetor – alimentação equilibrada - indicado pelos alunos, surge, com um grande número de menções no grupo experimental, no início da investigação, o ato de *fumar* como um comportamento prejudicial, sendo que 66,7% dos alunos reconheceram os seus malefícios no sistema cardiovascular. Os alunos reconheceram, ainda, outros fatores de risco como o *consumo de drogas*, que foi indicado por 36,1% dos alunos e o consumo de *bebidas alcoólicas em excesso* (22,2%).

Por sua vez, no grupo de controlo, no mesmo momento - pré-teste - é possível verificar que o ato de *fumar* é o comportamento mais referido. Cerca de 91,8% dos alunos demonstraram conhecer este comportamento como um fator de risco na saúde cardiovascular, superando, deste modo, a percentagem de referências efetuadas ao mesmo comportamento no grupo experimental. No grupo de controlo, existiram também algumas referências ao consumo de *drogas* como um ato prejudicial, com 22,4% dos alunos a indicá-lo e 20,4% dos alunos referiram o consumo de *bebidas alcoólicas em excesso* como um fator de risco.

Nas respostas obtidas nos pré-testes dos alunos do grupo de controlo, para além do consumo de substâncias, os comportamentos que mais sobressaem são os relativos à alimentação e exercício físico. A importância de uma *alimentação equilibrada* é referida por 44,9% dos alunos. Apesar de o valor ser mais baixo, relativamente ao grupo experimental (no mesmo comportamento), foram mais os alunos do grupo de controlo (51%) que reconheceram os malefícios de *comer alimentos ricos em gordura*. O *exercício físico* foi tido em consideração por aproximadamente 40,8% dos alunos do grupo de controlo, uma percentagem superior às referências efetuadas no grupo experimental, que ficou abaixo dos 28%.

No grupo de controlo existem ainda 26,5% dos alunos que indicaram o *stress* e o *nervosismo* como fator propenso a problemas cardiovasculares, mas em contrapartida no grupo experimental, apenas 2,8% fez referência ao mesmo.

De um modo geral, observamos que, embora com percentagens diferentes, os comportamentos mais referidos em ambos os grupos, no momento do pré-teste, são semelhantes. As diferenças acentuam-se no pós-teste, com o grupo experimental a destacar-se, apresentando percentagens mais elevadas num maior número de comportamentos, como é possível verificar nas duas tabelas anteriores.

No pós-teste do referido grupo, o comportamento que continuou a obter mais destaque foi o ato de *fumar*. A totalidade dos alunos do grupo experimental (100%) demonstrou reconhecer este comportamento como prejudicial à saúde cardiovascular. É possível verificar ainda que, se no pré-teste houve mais referências ao consumo de tabaco por parte dos alunos do grupo de controlo, no pós-teste essa percentagem não só é inferior à do grupo experimental (aproximadamente 83,7%), como também o é em relação ao seu grupo no momento inicial. Entre o pré e o pós-teste, cerca de 8% dos alunos do grupo de controlo deixaram de indicar o ato de fumar como um fator de risco.

Tal como no pré-teste, a importância de uma *alimentação equilibrada* continua a ser valorizada pelos alunos, embora se note no pós-teste que este comportamento é do conhecimento de um maior número de alunos, pois 72,2% dos alunos do grupo experimental e 57,1% dos alunos do grupo de controlo fizeram referência ao comportamento como protetor da saúde. Em ambos os grupos, observa-se uma evolução, embora no grupo experimental a percentagem de alunos que referiu o comportamento foi superior à do grupo de controlo. À semelhança do observado no pré-teste, continuam a existir referências ao consumo de *alimentos ricos em gordura*. No grupo de controlo houve uma ligeira evolução, 53,1% dos alunos referiram este comportamento e no grupo experimental a percentagem situa-se nos 72,2%. Uma das diferenças mais acentuadas situa-se no número de referências ao comportamento relativo ao consumo de *sal, salgados e fumados*. No grupo experimental a quase totalidade dos alunos demonstrou conhecer este comportamento como prejudicial (97,2%), enquanto no grupo de controlo somente 6,1% dos alunos o indicaram.

Uma evolução mais acentuada observa-se no que diz respeito ao consumo de *bebidas alcoólicas em excesso*. Se inicialmente as percentagens se encontravam, no grupo experimental e de controlo, respetivamente nos 22,2% e 20,4%, no pós-teste dispararam e a maioria dos

alunos passou a incluir este comportamento no grupo de fatores de risco, sendo referido por 86,1% dos alunos do grupo experimental e 77,6% dos alunos do grupo de controlo.

Posteriormente à aplicação dos programas nos respetivos grupos, o *exercício físico* também continuou com grande projeção. Se no grupo de controlo, inicialmente, tínhamos 40,8% dos alunos a referir a sua importância para a saúde cardiovascular, no pós-teste 87,8% dos alunos incluíram este comportamento no seu teste. No entanto, as diferenças mais acentuadas encontram-se no grupo experimental, pois no início existiam poucas referências ao comportamento (27,8%), mas no pós-teste 94,4% dos alunos assinalaram o exercício físico como algo importante à saúde.

Na tabela anterior, é possível constatar o aumento significativo no conhecimento por parte dos alunos do grupo experimental em relação a alguns comportamentos protetores e de risco para a saúde cardiovascular. São de destacar a importância de *manter o peso sempre normal* (63,9%), evitando a magreza excessiva ou obesidade, *controlar os níveis de colesterol* (75%) e *dar primazia ao peixe ao invés da carne* (55,6%). Uma grande parte dos alunos referiu ainda a importância de *descontrair* (66,7%), *praticar atividades de lazer* (41,7%) e indicaram como fatores de risco *permanecer muito tempo em pé* (58,3%), *preocupações excessivas* (58,3%), *zangarmo-nos* (63,9%) e *ter uma vida agitada* (52,8%). Relativamente a estes comportamentos, não houve qualquer referência por parte de nenhum aluno do grupo de controlo no pós-teste.

Continuando a leitura da tabela 11, verifica-se no grupo experimental a valorização ou manutenção de certos conhecimentos considerados importantes, uma vez que, comparativamente, o número de referências ao *consumo de drogas* aumentou no grupo experimental, mas diminuiu no grupo de controlo, entre o pré e o pós-teste, e o mesmo se verifica relativamente ao *stress e nervosismo*. Em ambos os grupos é possível constatar um aumento de referências, no pós-teste, quanto ao *controlo da tensão arterial* e das *infeções*.

#### 4.3.5. Pele

**Tabela 12**

**Pontuação média, por aluno, obtida pelos grupos experimental e de controlo nos conhecimentos relativos aos cuidados com a pele**

<b>PELE</b>		<b>Pré</b> $\bar{x}$	<b>Pós</b> $\bar{x}$	<b>Total</b>	<b>p</b> <b>(momentos)</b>	<b>p</b> <b>(grupos)</b>	<b>p</b> <b>(momentos /grupos)</b>
	<b>Experimental</b>	3,97	11,19	7,58	<b>p &lt; 0,01</b>	<b>p &lt; 0,01</b>	<b>p &lt; 0,01</b>
	<b>Controlo</b>	2,38	3,19	2,78			
	<b>Total</b>	3,17	7,19	5,18			

No que concerne aos conhecimentos demonstrados pelos alunos dos grupos experimental e de controlo, relativos aos cuidados com a pele, pode-se verificar que a média de respostas obtidas nos pré-testes se encontra a par de situações anteriores já analisadas. Os alunos, inicialmente, demonstraram conhecer, em média, três comportamentos sobre formas de manutenção da saúde da sua pele. Nos comportamentos mencionados no pós-teste, verifica-se uma evolução significativa de conhecimentos. Os alunos reconheceram mais formas de favorecer a sua saúde, sendo indicados, em média, sete comportamentos por aluno.

Analisando separadamente os dois grupos, reparamos que, no começo, o grupo experimental apresenta uma média de respostas superior à do grupo de controlo, mas enquanto o grupo de controlo sofreu uma ligeira evolução, do pré para o pós-teste, no grupo experimental essa evolução é mais significativa e constata-se uma grande melhoria nos conhecimentos dos alunos.

Uma vez mais, após a realização de testes estatísticos, apercebemo-nos de diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,01$ ) entre os grupos e nos dois momentos em que se realizou a investigação.

Analisando as respostas dos alunos obtidas no teste efetuado, foi possível identificar os comportamentos que estes indicaram como mais importantes para a saúde da pele e os que foram mais mencionados, organizados na tabela 13.

**Tabela 13**

**Comportamentos de risco e protetores referidos pelos alunos do grupo experimental e de controlo sobre a pele (%)**

Pele	Grupo Experimental		Grupo Controlo	
	Pré-Teste (%)	Pós-Teste (%)	Pré-Teste (%)	Pós-Teste (%)
<b>COMPORTAMENTOS PROTETORES</b>				
Fazer exercício físico	5,6	58,3	0,0	0,0
Ter uma alimentação equilibrada	0,0	27,8	4,1	0,0
Hidratar a pele	55,6	63,9	24,5	12,2
Usar proteção solar alta	52,8	72,2	69,4	55,1
Usar roupa para proteger das radiações	2,8	25,0	0,0	10,2
Higiene pessoal	52,8	61,1	20,4	61,2
Desinfetar as feridas	5,6	19,4	0,0	0,0
Comer frutas e legumes	5,6	36,1	0,0	0,0
Beber água ou chá verde	5,6	61,1	2,0	34,7
Trocar de roupa frequentemente	11,1	44,4	0,0	20,4
Dormir bem e as horas recomendáveis	0,0	22,2	0,0	0,0
Gorduras boas (azeite, nozes, amendoins) com moderação	0,0	19,4	0,0	0,0
Alimentação rica em antioxidantes	5,6	47,2	0,0	0,0
Usar luvas para proteger a pele de determinados produtos	8,3	2,8	0,0	0,0
Usar boné	2,8	0,0	0,0	12,2
Tratar queimaduras	2,8	0,0	0,0	0,0
Evitar queimaduras	16,7	2,8	6,1	2,0
Consultar dermatologista	8,3	0,0	0,0	0,0
<b>COMPORTAMENTOS PREJUDICIAIS</b>				
Fumar	2,8	80,6	0,0	0,0
Stress	0,0	66,7	0,0	0,0
Beber bebidas alcoólicas	2,8	47,2	0,0	0,0
Exposição direta e prolongada ao sol	63,9	88,9	81,6	85,7
Usar químicos ou produtos muito agressivos	13,9	36,1	0,0	0,0
Variações rápidas e constantes de peso	0,0	8,3	0,0	0,0
Roupa apertada	16,7	55,6	0,0	0,0
Escaldões	19,4	55,6	12,2	8,2
Usar antitranspirantes	0,0	55,6	0,0	16,3
Drogas	2,8	2,8	0,0	0,0
Usar maquilhagem que tape os poros	2,8	38,9	4,1	0,0
Escrever na pele	16,7	2,8	2,0	0,0

Fazer tatuagens e piercings	11,1	0,0	4,1	0,0
Ter o corpo muito tempo imerso	2,8	16,7	0,0	0,0
Frio	0,0	0,0	2,0	0,0

No que respeita aos conhecimentos dos alunos relativamente aos cuidados a ter com a pele, é unânime nos dois grupos, experimental e de controlo, a existência de dois cuidados básicos com a pele: o uso de *proteção solar alta* e evitar a *exposição direta e prolongada ao sol*. No pré-teste, antes de qualquer intervenção ou programa, 52,8% dos alunos do grupo experimental já referiam a importância do uso de *proteção solar* e 63,9% dos alunos indicavam como um malefício para a pele a *exposição direta e prolongada ao sol*. Contudo, no pós-teste, depois da intervenção do programa de promoção de estilos de vida saudáveis e da lecionação do programa oficial de ciências da natureza, estes valores aumentaram para, respetivamente, 72,2% e 88,9%. Por sua vez, no grupo de controlo, enquanto no pré-teste, 69,4% dos alunos demonstraram reconhecer a importância do uso de protetor solar, no pós-teste essa percentagem reduziu para 55,1%. No mesmo grupo, no pré-teste, aproximadamente 81,6% dos alunos demonstrou reconhecer o ato prejudicial da *exposição direta e prolongada ao sol*, mas no pós-teste o número de referências aumentou para 85,7%. Deste modo, salienta-se o reconhecimento dos alunos relativamente aos malefícios do sol para a pele.

É possível verificar, ainda, a preocupação dos alunos quanto aos malefícios provocados pelo sol, nas referências efetuadas no sentido de evitar *escaldões*, sendo que 19,4% dos alunos do grupo experimental o referiu no seu pré-teste, mas esta percentagem supera a metade dos alunos no pós-teste com aproximadamente 55,6% dos alunos a mencionarem-no. No grupo de controlo, os valores são mais baixos, verificaram-se 12,2% de referências no pré-teste e uma percentagem ainda mais reduzida (8,2%) no pós-teste.

Os alunos de ambos os grupos demonstraram conhecer, no pré-teste, que os cuidados com a pele vão para além dos referidos no sentido de proteção do sol, salientando a importância de *hidratar a pele* e fazer uma correta *higiene pessoal*.

No momento inicial, 55,6% dos alunos do grupo experimental indicaram como um comportamento importante para a pele a sua hidratação, sendo que 24,5% dos alunos do grupo de controlo referiu o mesmo. Em situação semelhante, encontram-se as referências no pré-teste à importância da *higiene pessoal* com valores no grupo experimental e de controlo de, respetivamente, 52,8% e 20,4%. Posteriormente, após a lecionação dos respetivos programas, verificou-se que houve uma evolução no grupo experimental, uma vez que uma maior

percentagem de alunos (63,9%) reconheceram a importância de *hidratar a pele*, mas o mesmo não se verificou no grupo de controlo e este comportamento foi indicado como importante por apenas 12,2% dos alunos. No entanto, os referidos programas permitiram uma evolução nos resultados referentes a uma correta *higiene pessoal* em que uma percentagem semelhante de alunos de ambos os grupos (61%) incluiu este comportamento no seu pós-teste.

Nos testes analisados foi possível constatar que os alunos efetuaram referências a outros comportamentos, embora com menor expressão, como é o caso dos cuidados com a alimentação e o exercício físico, que favorecem em muito a saúde da pele.

No momento inicial, a importância de uma *alimentação equilibrada* não foi amplamente referida pelos alunos da amostra, apenas 4,1% dos alunos do grupo de controlo fizeram referência a este comportamento protetor, no entanto, esses alunos não o voltaram a indicar posteriormente, pois não se verificou nenhuma menção ao comportamento no pós-teste. Ao invés, no grupo experimental, não tendo sido efetuada nenhuma referência ao comportamento no pré-teste, no pós-teste 27,8% dos alunos referiram esse cuidado como protetor da saúde da pele. A acrescentar à importância de uma alimentação equilibrada, os alunos do grupo experimental incluíram nos seus pós-testes, mais especificamente, a importância de uma *alimentação rica em antioxidantes* (47,2%) e *frutas e legumes* (36,1%).

Quanto aos líquidos, no pré-teste, poucos alunos referiram como fator protetor da pele a ingestão de *água e chás* e como fator de risco a ingestão de *bebidas alcoólicas*, porém, após a intervenção de promoção de estilos de vida saudáveis no grupo experimental, 61,1% dos alunos passaram a incluir no seu teste a importância dos líquidos (água e chás) na hidratação da pele e a par, no grupo de controlo, 34,7% dos alunos incluíram este comportamento no seu pós-teste. No que diz respeito ao consumo de bebidas alcoólicas, 47,2% dos alunos do grupo experimental advertiram no pós-teste para o facto de este ser considerado fator de risco, mas no grupo de controlo não se encontrou qualquer referência às bebidas alcoólicas em nenhum momento.

É observável que a intervenção de promoção de estilos de vida saudáveis efetuada no grupo experimental contribuiu para o aumento de referências em determinados comportamentos protetores e de risco da pele, alertando para alguns perigos e benefícios.

A prática de *exercício físico*, tendo sido indicada em 5,6% dos testes iniciais do grupo experimental revelou-se, no pós-teste, com mais expressão, obtendo 58,3% de referências como um comportamento saudável. No grupo de controlo não se registou nenhuma referência ao mesmo. Esta situação verifica-se relativamente ao comportamento *dormir bem e as horas*

*recomendadas*, em que não se regista qualquer referência por parte dos alunos do grupo de controlo, mas aproximadamente 22,2% dos alunos do grupo experimental referiu-o no pós-teste.

É possível, ainda, verificar, no pós-teste do grupo experimental, referências a alguns comportamentos que não foram indicados pelo grupo de controlo. Consta-se que comportamentos tão prejudiciais à pele como o *tabaco* e o *stress* apenas foram referidos no grupo experimental, com elevadas percentagens no pós-teste, e o consumo de *drogas* não foi mencionado no grupo de controlo e muito pouco indicado no grupo experimental. Observamos, ainda, que aproximadamente 55,6% dos alunos referiram após a intervenção a que foram sujeitos, que é considerado prejudicial para a pele o uso de *roupa apertada*, 38,9% também considerou prejudicial o uso de *maquilhagem que tape os poros* e 16,7% dos alunos indica como fator de risco *permanecer muito tempo com o corpo imerso em água*.

Fazer *tatuagens ou piercings* e *escrever na pele* foram dois comportamentos referenciados nos momentos de pré-teste e pouco foram citados no pós-teste. Pelo contrário, o uso de *antitranspirantes*, que parecia não ser do conhecimento dos alunos como fator prejudicial à pele, foi incluído nos pós-testes de ambos os grupos, embora com mais projeção no grupo experimental, com uma percentagem de referências de aproximadamente 55,6% e de 16,3% no grupo de controlo.

A intervenção no grupo experimental permitiu alertar os alunos para os cuidados a ter de modo a proteger a pele do uso de produtos químicos muito agressivos. Apenas no grupo experimental se encontram referências (31,6%) ao fator de risco relativo ao uso de produtos *químicos ou agressivos para a pele*.

Em suma, é possível constatar que a intervenção efetuada no sentido de promoção de estilos de vida saudáveis foi importante ao alargar o leque de conhecimentos dos alunos, ou a reforçar alguns do conhecimento da maioria, e ao alertar para alguns comportamentos protetores ou de risco para a saúde da sua pele.

#### 4.3.6. Aparelho Urinário

**Tabela 14**

**Pontuação média, por aluno, obtida pelos grupos experimental e de controlo nos conhecimentos relativos aos cuidados com o aparelho urinário**

<b>APARELHO URINÁRIO</b>		<b>Pré</b> $\bar{x}$	<b>Pós</b> $\bar{x}$	<b>Total</b>	<b>p</b> <b>(momentos)</b>	<b>p</b> <b>(grupos)</b>	<b>p</b> <b>(momentos /grupos)</b>
	<b>Experimental</b>	2,44	9,25	5,85	<b>p &lt; 0,01</b>	<b>p &lt; 0,01</b>	<b>p &lt; 0,01</b>
	<b>Controlo</b>	1,93	3,18	2,56			
	<b>Total</b>	2,19	6,21	4,2			

Observando os dados constantes na tabela 14, uma vez mais vemos uma evolução significativa nos conhecimentos dos alunos do pré para o pós-teste, sendo possível perceber que, apesar dos poucos conhecimentos iniciais, uma média de duas referências por aluno, após a aplicação dos programas, em ambos os grupos, houve uma melhoria nos seus conhecimentos.

Uma vez que inicialmente os dois grupos se encontravam em situação semelhante de conhecimentos, a melhoria registada no pós-teste é sustentada pela melhoria significativa nos conhecimentos dos alunos do grupo experimental, onde se observa uma maior evolução, apesar de esta também ter acontecido, embora com menor relevo, no grupo de controlo.

Após a análise estatística dos dados, foi possível observar que as diferenças registadas entre grupos e nos dois momentos (pré-ensino e pós-ensino) foram significativas ( $p < 0,01$ ).

Procedendo a uma análise de conteúdo das respostas obtidas no teste dos alunos, agrupamos as suas respostas na tabela 15, onde podemos observar os comportamentos indicados pelos alunos como mais importantes na prevenção de doenças do foro urinário e aqueles que foram mais mencionados.

**Tabela 15****Comportamentos de risco e protetores referidos pelos alunos do grupo experimental e de controlo sobre o aparelho urinário (%)**

<b>Aparelho Urinário</b>	<b>Grupo Experimental</b>		<b>Grupo Controlo</b>	
	Pré-Teste (%)	Pós-Teste (%)	Pré-Teste (%)	Pós-Teste (%)
<b>COMPORTAMENTOS PROTETORES</b>				
Alimentação equilibrada	27,8	25,0	2,0	4,1
Comer fruta e vegetais	0,0	19,4	0,0	4,1
Beber água	33,3	86,1	53,1	95,9
Fazer higiene pessoal	8,3	47,2	4,1	0,0
Controlar a pressão arterial	0,0	22,2	0,0	0,0
Usar roupa adequada, leve e de algodão	0,0	41,7	0,0	0,0
Usar preservativo nas relações sexuais	0,0	58,3	0,0	0,0
Fazer regularmente análises à urina	0,0	52,8	0,0	0,0
Praticar exercício físico	13,9	8,3	0,0	0,0
Consultar o médico sempre que necessário	2,8	2,8	0,0	0,0
Evitar infeções urinárias (não específica)	0,0	0,0	4,1	42,9
<b>COMPORTAMENTOS PREJUDICIAIS</b>				
Fumar	16,7	50,0	6,1	0,0
Ingestão de sal e salgados	8,3	36,1	6,1	4,1
<i>Stress</i>	0,0	36,1	0,0	0,0
Beber bebidas alcoólicas	19,4	52,8	20,4	85,7
Excesso de peso	11,1	38,9	0,0	0,0
Carne em excesso	0,0	44,4	4,1	65,3
Muito tempo com a bexiga cheia	25,0	38,9	40,8	6,1
Prender a urina	61,1	41,7	6,1	0,0
Medicamentos que afetam os rins	0,0	16,7	0,0	0,0
Limpar a urina de trás para a frente	0,0	72,2	0,0	0,0
Usar casas de banho públicas	0,0	44,4	0,0	0,0
Usar desodorizantes íntimos	0,0	58,3	0,0	0,0
Sumos gaseificados	8,3	16,7	28,6	0,0
Drogas	5,6	13,9	0,0	0,0
Alimentos muito condimentados	2,8	0,0	4,1	0,0

Pela análise dos dados relativos às categorias indicadas pelos alunos como fatores de proteção ou de risco para a saúde do aparelho urinário, é possível destacar, de um modo geral, dois comportamentos: a importância da ingestão de água e de reduzir o consumo de bebidas alcoólicas.

O comportamento protetor mais indicado pelos alunos de ambos os grupos, nos dois momentos em que foram entregues os testes, foi *beber água*. É possível verificar que alguns alunos, mesmo antes de qualquer intervenção, já reconheciam a importância da água para o bom funcionamento do aparelho urinário, uma vez que 33,3% dos alunos do grupo experimental e 53,1% dos alunos do grupo de controlo o referiram. No momento do pós-teste, o número de referências aumentou, o que veio comprovar a eficácia dos respetivos programas a que os alunos foram sujeitos. No grupo experimental, a percentagem de alunos que referiu o comportamento foi de 86,1% e no grupo de controlo foi de 95,9%, sendo as percentagens do grupo de controlo superiores, nos dois momentos da investigação, em relação às do grupo experimental, no entanto, analisando a diferença entre os pré e pós-teste, foi no grupo experimental que se verificou uma maior evolução.

O comportamento de risco mais apontado prende-se, também, com a ingestão de líquidos, mas, desta feita, refere-se aos malefícios da ingestão de *bebidas alcoólicas*. Inicialmente, uma percentagem semelhante de alunos do grupo experimental e do grupo de controlo, respetivamente, 19,4% e 20,4%, reconheceu que a ingestão de bebidas alcoólicas é um fator de risco para a saúde, mas, após os respetivos programas, houve um aumento significativo no número de referências a este comportamento, muito mais expressivo no grupo de controlo (85,7%) que no grupo experimental (52,8%).

É importante salientar, ainda, que no grupo de controlo, no pré-teste, 40,8% dos alunos referiram que é prejudicial estar *muito tempo com a bexiga cheia*, sendo que no grupo experimental a percentagem é de 25%. Se no pré-teste os alunos do grupo de controlo demonstravam conhecer que manter a bexiga cheia durante muito tempo era prejudicial para o aparelho urinário, após a lecionação dos conteúdos de ciências da natureza referentes ao respetivo aparelho, a percentagem de alunos que o referiu diminuiu para 6,1%. Pelo contrário, após a lecionação do programa de promoção de estilos de vida saudáveis, no grupo experimental, a percentagem de alunos que refere o comportamento aumentou para 38,9%.

Aliado ao comportamento referido, os alunos complementam a informação mencionando que também é um fator de risco *prender a urina*, sendo, neste caso, maior a percentagem de alunos que o refere no grupo experimental. Verificou-se que no pré-teste do grupo experimental houve 61,1% de referências ao comportamento, no entanto, no pós-teste, esse número diminuiu para 41,7%. No grupo de controlo houve apenas 6,1% de referências no pré-teste e nenhuma no pós-teste.

A alimentação e o exercício físico sendo alguns dos fatores mais importantes na manutenção da integridade morfofisiológica dos sistemas do nosso organismo, também são importantes na prevenção de doenças do aparelho urinário, contudo, a percentagem de referências que os alunos fazem a estes fatores de proteção são menores do que seria desejado. É possível observar na tabela anterior que apenas 2% dos alunos do grupo de controlo referiram, no pré-teste, a importância de uma *alimentação equilibrada* e no pós-teste esse valor aumentou ligeiramente para os 4%. No grupo experimental, embora os valores sejam melhores, não são elevados, pois 27,8% dos alunos do grupo experimental referiram a importância de uma alimentação equilibrada no pré-teste, mas este valor diminuiu no pós-teste para 25%. Esta diminuição e o facto de não ter sofrido um aumento mais significativo no pós-teste do grupo experimental pode ser explicado pelo aumento de referências, em algumas categorias mais específicas relacionadas com a alimentação, como por exemplo, evitar o consumo de *sal e salgados* (36,1%) e evitar comer *carne em excesso* (44,4%). Esta última referência também foi incluída no pós-teste do grupo de controlo pela maioria dos alunos (65,3%). Quanto à realização de *exercício físico* como fator protetor da saúde, não houve qualquer referência por parte dos alunos do grupo de controlo e no grupo experimental, apesar de 13,9% dos alunos o ter referido no pré-teste, no pós-teste o valor foi mais reduzido (8,3%).

O *tabaco* e o *stress* são também fatores de risco para a saúde, incluídos por alguns alunos nos seus testes. O stress foi mencionado apenas no pós-teste dos alunos do grupo experimental, por 36,1% dos alunos. Por sua vez, o tabaco, foi referido inicialmente com pouca expressão pelos alunos da amostra, no entanto, não foi referido no pós-teste do grupo de controlo, mas foi indicado por metade dos alunos (50%) do grupo experimental no seu pós-teste.

Nos testes dos alunos, foi possível verificar referências à importância da *higiene pessoal*, para evitar infeções urinárias. É de destacar que, inicialmente, mais de metade dos alunos do grupo de controlo (53,1%) já reconhecia a sua importância e após o programa oficial de ciências da natureza 95,9% dos alunos referiu-o. No grupo experimental, apesar de poucos alunos (8,3%) o referirem inicialmente, no pós-teste foram registadas 86,1% de referências a este comportamento, o que demonstra uma grande evolução após o programa de promoção de estilos de vida saudáveis.

Aliados à higiene pessoal existem vários comportamentos específicos, que apenas os alunos do grupo experimental, após a intervenção, demonstraram conhecer, para proteger o seu aparelho urinário e evitar possíveis infeções, como evitar *limpar a urina de trás para a frente*,

para não conduzir bactérias do ânus até à vagina (72,2%) e evitar o uso de *casas de banho públicas* (44,4%). É, ainda, mencionado usar *roupa interior adequada, leve e de algodão* (41,7%), usar *preservativo nas relações sexuais* para evitar doenças sexualmente transmissíveis (58,3%), evitar usar *desodorizantes íntimos* (58,3%) e, muito importante, fazer *análises regulares à urina* como forma de prevenção de inúmeras doenças, não só relacionadas com o aparelho urinário (52,8%).

No grupo experimental, observamos ainda, no pós-teste, referências a dois comportamentos que se prendem com a importância de controlar a tensão arterial (22.2%), fator de risco para doenças renais, e evitar o excesso de peso (38.9%).

No leque de respostas assinaladas pelos alunos do grupo de controlo, podemos referir que os alunos, no seu pós-teste, ficaram mais despertos para a importância de evitar infeções urinárias (42.9%), no entanto, não especificaram de que modo pode ser feito, não sendo, assim, possível verificar se realmente conhecem mais algumas medidas preventivas para além das assinaladas. Comparativamente, no grupo experimental, tendo em conta as categorias específicas assinaladas anteriormente, é possível perceber que o programa destinado a este grupo permitiu aos seus alunos especificar alguns comportamentos importantes na prevenção de possíveis infeções urinárias.

#### 4.3.7. Aparelho Reprodutor

**Tabela 16**

**Pontuação média, por aluno, obtida pelos grupos experimental e de controlo nos conhecimentos relativos aos cuidados com o aparelho reprodutor**

APARELHO REPRODUTOR		Pré $\bar{x}$	Pós $\bar{x}$	Total	p (momentos)	p (grupos)	p (momentos /grupos)
	<b>Experimental</b>	3,47	10,33	6,9	<b>p &lt; 0,01</b>	<b>p &lt; 0,01</b>	<b>p &lt; 0,01</b>
	<b>Controlo</b>	1,71	4,10	2,91			
	<b>Total</b>	2,59	7,21	4,9			

No que diz respeito aos dados que demonstram os conhecimentos dos alunos sobre comportamentos que favorecem a saúde do aparelho reprodutor, observamos através da tabela

16 que, uma vez mais, os alunos demonstraram alguns conhecimentos prévios sobre formas de proteção da saúde deste aparelho. Apesar desses conhecimentos não se revelarem muito elevados, verificou-se uma melhoria após a aplicação dos respetivos programas em cada grupo. No pós-teste, observamos uma evolução significativa nos conhecimentos dos alunos da amostra.

Procedendo a uma análise por grupo, destacamos o grupo experimental, que apesar de inicialmente já demonstrar uma média de conhecimentos ligeiramente superior, no pós-teste a sua evolução foi bastante positiva e os conhecimentos dos alunos destacaram-se em relação aos do grupo de controlo, que, mesmo registando uma evolução de conhecimentos, esta não foi tão expressiva como no grupo experimental. Após a realização de testes estatísticos verificaram-se diferenças significativas ( $p < 0,01$ ) entre os dois grupos e nos dois momentos da investigação.

Procedendo a uma análise de conteúdo das respostas obtidas no teste, foi possível verificar os comportamentos protetores e de risco considerados mais importantes pelos alunos da amostra, na saúde do aparelho reprodutor, e aqueles que foram mais mencionados por estes, organizados na tabela 17.

**Tabela 17**  
**Comportamentos de risco e protetores referidos pelos alunos do grupo experimental e de controlo sobre o aparelho reprodutor (%)**

<b>Aparelho Reprodutor</b>	<b>Grupo Experimental</b>		<b>Grupo Controlo</b>	
	Pré-Teste (%)	Pós-Teste (%)	Pré-Teste (%)	Pós-Teste (%)
<b>COMPORTAMENTOS PROTETORES</b>				
Correta higiene íntima	38,9	22,2	12,2	44,9
Usar preservativo nas relações sexuais	47,2	94,4	42,9	46,9
Usar roupa interior de preferência de algodão	13,9	22,2	0,0	0,0
Usar roupa limpa, especialmente a interior	27,8	38,9	0,0	12,2
Fazer exames de rotina	27,8	91,7	0,0	10,2
Usar roupa leve e solta, sem apertar os genitais	13,9	47,2	0,0	65,3
Alimentação rica em antioxidantes e vitaminas	0,0	30,6	0,0	0,0
Alimentação equilibrada	2,8	0,0	22,4	51,0
Exercício físico moderado e regular	0,0	0,0	8,2	24,5
<b>COMPORTAMENTOS PREJUDICIAIS</b>				
Fumar	22,2	97,2	28,6	75,5
Beber bebidas alcoólicas	19,4	83,3	22,4	69,4
Excesso de café	0,0	75,0	0,0	0,0
Usar desodorizantes íntimos	0,0	44,4	0,0	0,0

Limpar a urina de trás para a frente	0,0	61,1	0,0	0,0
Início precoce da atividade sexual	0,0	41,7	0,0	0,0
<i>Stress</i>	0,0	75,0	0,0	0,0
Partilhar toalhas ou produtos de higiene íntima	0,0	80,6	0,0	0,0
Drogas	16,7	69,4	0,0	6,1
Usar determinados medicamentos sem aconselhamento médico	0,0	19,4	10,2	24,5
Usar toalhas húmidas	0,0	16,7	0,0	0,0
Infeções do aparelho urinário	33,3	0,0	0,0	0,0
Ter relações sexuais de risco	36,1	16,7	0,0	0,0
Fazer esforços durante a gravidez	8,3	0,0	0,0	0,0
Partilhar roupa interior	0,0	5,6	0,0	0,0
Agressões na zona genital	38,9	0,0	0,0	0,0

Pela análise dos dados representados na tabela 17, é possível verificar os comportamentos mais referidos pelos alunos dos grupos experimental e de controlo.

Segundo os dados, verificamos que existem comportamentos que obtêm um maior consenso entre os alunos dos diferentes grupos, nos dois momentos da investigação. Por exemplo, fazer uma *correta higiene íntima*, é um comportamento protetor que alguns alunos já reconheciam como importante no início da investigação. Verifica-se que 38,9% dos alunos do grupo experimental e 12,2% dos alunos do grupo de controlo referiram o comportamento no seu pré-teste. Embora este valor tenha sofrido um decréscimo de referências por parte do grupo experimental (22,2%), no grupo de controlo registou-se uma evolução (44,9%). Todavia, é possível verificar que o grupo experimental se destacou ao demonstrar mais conhecimentos em comportamentos específicos relacionados com a higiene íntima, o que pode explicar a diminuição de referências nesta categoria. Os alunos do grupo experimental, após a intervenção para promoção de estilos de vida saudáveis, incluíram alguns comportamentos nos seus pós-testes, como por exemplo, *usar roupa interior limpa* (38,9%), *trocar frequentemente as toalhas de banho* (30,6%), evitar usar *desodorizantes íntimos* (44,4%), *usar o papel higiénico no sentido da frente para trás e não o inverso*, não facilitando assim o transporte de bactérias para a vagina (61,1%), evitar *partilhar produtos de higiene íntima e toalhas* (80,6%) e usar *toalhas húmidas* (16,7%). O aparecimento de novas categorias após a intervenção pode ser indicador do facto de os alunos terem ficado mais despertos para formas específicas de higiene que podem proteger a saúde do seu aparelho reprodutor.

Continuando a análise das categorias de resposta indicadas pelos alunos, existem ainda três comportamentos de certo modo consensuais entre grupos. De um modo geral, os alunos consideraram importante o uso de *preservativo nas relações sexuais*, 47,2% dos alunos do grupo experimental e 42,9% dos alunos do grupo de controlo demonstraram conhecer, desde início, que este é um comportamento protetor da saúde. Posteriormente aos respetivos programas lecionados nos grupos, os valores no pós-teste foram superiores, destacando-se as diferenças significativas no grupo experimental, onde grande parte dos alunos (94,4%) incluíram este comportamento protetor no seu teste. É possível, ainda, verificar que os alunos, inicialmente, já detinham algumas preocupações com o consumo de *tabaco* e *bebidas alcoólicas* em excesso, pois em ambos os grupos existem algumas menções a estes comportamentos no pré-teste. Contudo, estes valores aumentaram significativamente nos pós-testes. No grupo de controlo 75,5% dos alunos incluíram o ato de fumar e 69,4% dos alunos incluíram o consumo de bebidas alcoólicas, como fatores de risco. No grupo experimental as diferenças são ainda mais notórias, o que comprova a eficácia do programa ministrado no referido grupo, chegando de forma mais eficaz a um maior número de alunos, pois a quase totalidade dos alunos (97,2%) indicou o ato de fumar como prejudicial e 83,3% referiu-se ao consumo de bebidas alcoólicas como fator de risco.

Quanto ao consumo de *drogas*, este parâmetro apesar de assinalado no início da investigação no grupo experimental (16,7%), foi muito mais expressivo no pós-teste do mesmo grupo com 68,4% de referências. No grupo de controlo apenas 6,1% dos alunos o assinalaram no seu pós-teste. No mesmo quadro de fatores de risco consta, ainda, o *excesso de café*, no entanto, este comportamento apenas foi considerado após a intervenção efetuada, por 75% dos alunos do grupo experimental, não tendo sido registada nenhuma referência ao mesmo no grupo de controlo. No mesmo momento da investigação, o mesmo número de alunos do grupo experimental (75%) considerou o *stress* como fator prejudicial à saúde reprodutiva.

É importante salientar que os alunos do grupo experimental, após a intervenção, ficaram maioritariamente despertos para a importância dos rastreios como forma de prevenção, pois 91,7% dos alunos mencionou a importância de se realizarem *exames de rotina*, já no grupo de controlo este facto foi importante apenas para 10,2% dos alunos.

Apesar do reforço realizado em todas as aulas do programa de promoção de estilos de vida saudáveis, lecionado ao grupo experimental, relativamente à importância de uma *alimentação equilibrada* e *atividade física*, estas categorias não foram incluídas nos pós-testes

dos seus alunos, mas, pelo contrário, foram valorizadas no grupo de controlo, sendo que 51% dos alunos se referiram à alimentação equilibrada e ao exercício físico como fatores protetores da saúde. No grupo experimental, após a intervenção, encontram-se referências, apenas, à importância de ingerir *alimentos ricos em antioxidantes e vitaminas* (30,6%).

Outro dado a considerar é o facto de, apesar de 36,1% dos alunos do grupo experimental reconhecerem desde logo como comportamento de risco ter *relações sexuais de risco*, no pós-teste o número de referências diminuiu para 16,7% ainda que este comportamento tenha sido contemplado no programa de promoção de estilos de vida saudáveis. Por sua vez, apesar de nenhum aluno ter, inicialmente, indicado o *início precoce da atividade sexual* como um fator de risco, no pós-teste 41,7% dos alunos fizeram essa referência. No entanto, no grupo de controlo, não se verificou qualquer referência a estes comportamentos.

São consideradas na tabela anterior algumas referências ao tipo de vestuário mais adequado. 47,2% dos alunos do grupo experimental e 65,3% dos alunos do grupo de controlo indicaram nos seus pós-testes que a *roupa deve ser solta, sem apertar os genitais*, e 22,2% dos alunos do grupo experimental acrescentam que a *roupa interior* deve ser preferencialmente de *algodão*.

Alguns comportamentos de risco para a saúde do aparelho reprodutor, como *agressões na zona genital*, efetuar *esforços durante a gravidez* e *infecções urinárias* foram indicados antes de ser aplicado qualquer programa, por, respetivamente, 38,9%, 8,3% e 33,3% dos alunos do grupo experimental, mas desapareceram no pós-teste e não foram mencionados pelo grupo de controlo.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES**

#### **5.1. INTRODUÇÃO**

No presente capítulo são apresentadas as conclusões e implicações resultantes desta investigação e algumas sugestões para investigações futuras.

Após a introdução (5.1) e considerando os objetivos desta investigação, são apresentadas as suas conclusões (5.2). Seguidamente, com base nos resultados obtidos e nas conclusões daí resultantes, explicitam-se algumas implicações (5.3) que podem ser relevantes para a implementação futura de programas preventivos.

Por fim, apresentam-se algumas sugestões para futuras investigações (5.4) sobre aspetos que foram suscitando curiosidade ao longo do estudo e que podem constituir um contributo na promoção da saúde.

#### **5.2. CONCLUSÕES DA INVESTIGAÇÃO**

Após a análise dos dados descritos e interpretados no capítulo anterior, recolhidos através dos questionários entregues aos alunos em dois momentos distintos (pré-ensino e pós-ensino) é possível retirar as principais conclusões deste estudo, com base nos objetivos a que inicialmente nos propusemos.

Para o efeito, elencamos os conhecimentos que mais se destacam nas respostas dadas nos pré-testes dos alunos que compõem a amostra, de forma a podermos determinar os conhecimentos iniciais dos mesmos sobre comportamentos protetores e de risco para a saúde.

Após o registo dos conhecimentos dos alunos antes da lecionação dos programas (“A saúde também depende de ti” vs. lecionação tradicional), daremos conta das principais conclusões relativamente ao objetivo que pretendia determinar a eficácia da intervenção pedagógica denominada “A saúde também depende de ti”, na promoção de conhecimentos favoráveis a estilos de vida saudáveis. Para tal, serão evidenciadas as diferenças mais significativas entre grupos, antes e após a lecionação dos programas, destacando-se os comportamentos mais referidos pelo grupo experimental e pelo grupo de controlo.

Neste ponto, sabendo que o manual escolar é o instrumento educativo mais utilizado pelos professores (Duarte, 1999; Gavidia, 2003) e que, por si só, não constitui um recurso suficiente para que os professores desenvolvam a educação para a saúde na aula, dada a pouca atenção que é dedicada ao tema e, quando lhe fazem menção, verifica-se que as suas orientações não mobilizam atitudes e condutas (Gavidia, 2003), procedemos a uma breve análise dos conteúdos sobre cuidados de saúde constantes nos manuais escolares para, em revista, ser possível verificar se está contemplada uma componente de educação para a saúde nos manuais e se os comportamentos mais indicados pelos alunos do grupo de controlo se restringem aos que se encontram aí mencionados. Esta análise permite comprovar, ou não, a importância de um programa específico de educação para a saúde, no caso de os alunos do grupo de controlo se cingirem ao que está no manual, e permite verificar se o manual contempla uma eficaz vertente de educação para a saúde.

### **5.2.1. Conhecimentos prévios dos alunos sobre comportamentos de risco e protetores relativos à saúde.**

#### **Cavidade oral**

Os alunos que compõem a amostra demonstraram possuir, inicialmente, alguns conhecimentos sobre comportamentos de risco e protetores da saúde oral.

Destacamos, entre os comportamentos preventivos mais referidos pelos alunos, a importância de escovar os dentes e não comer doces.

Embora em menor número, pudemos observar algumas menções à importância da ingestão preferencial de alimentos não cariogénicos e fazer consultas de rotina no dentista.

No momento inicial, embora os alunos reconheçam que para uma boa saúde oral se devem evitar alimentos cariogénicos, não especificam que alimentos efetivamente se devem ingerir ou evitar, mas, atendendo a que a grande maioria dos alunos refere que se devem evitar os doces, este é um indício de que reconhecem os seus malefícios para a saúde oral.

Pontualmente, houve alguns alunos que indicaram comportamentos protetores como usar fio dentário, para uma correta higiene oral, e comer frutas e legumes frescos e crus, alimentos pouco cariogénicos e ricos em vitaminas. Como comportamentos de risco, indicaram o ato de fumar, mascar pastilhas elásticas, trincar alimentos duros e colocar objetos ou dedos sujos na boca.

## **Aparelho digestivo**

Apesar de a boca ser um órgão pertencente ao aparelho digestivo, salientamos os cuidados referentes à cavidade oral independentemente dos outros órgãos do aparelho digestivo, por a saúde oral ser uma das áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis, num contexto de saúde escolar.

Assim sendo, os resultados referentes à saúde dos restantes órgãos do aparelho digestivo permitem concluir que os alunos demonstraram menos conhecimentos prévios sobre comportamentos protetores e de risco para a saúde do aparelho digestivo, em relação aos observados relativamente à saúde oral.

Antes da leção dos respetivos programas, a maioria dos alunos da amostra destacou uma vez mais a alimentação como fator importante na manutenção da saúde, referindo a importância de se praticar uma alimentação equilibrada, havendo algumas indicações, por parte de alguns alunos, quanto à importância de se comer frutas e legumes e evitar o sal, alimentos salgados e fumados e alimentos ricos em gordura.

Para além das referências efetuadas relativamente à natureza dos alimentos, encontramos algumas menções quanto à forma como os devemos ingerir como, por exemplo, comer em intervalos regulares de tempo, comer moderadamente e evitar comer de forma rápida.

## **Aparelho Respiratório**

Os alunos que constituem a amostra, à partida, revelaram, tal como se verificou no aparelho anterior, alguns conhecimentos sobre comportamentos protetores e de risco para a saúde do aparelho respiratório. Passaremos a evidenciar as categorias mais unânimes entre os alunos.

A larga maioria dos alunos identifica, desde logo, o ato de fumar como prejudicial à saúde deste aparelho. Contudo, podemos observar algumas referências a outros comportamentos, como o facto de devermos evitar ambientes muito poluídos (e.g., bares e discotecas) e dar primazia ao passeio em locais bastante oxigenados (e.g., parques).

A acrescentar aos atos prejudiciais à saúde, alguns alunos, indicam o consumo de drogas. Estes, valorizaram como medidas protetoras de doenças do foro respiratório, inspirar pelo nariz ao invés da boca e respirar de forma constante, calma e profunda.

Existem algumas referências, efetuadas por certos alunos, à importância de desobstruir as vias respiratórias (e.g., algumas posições que prejudicam os movimentos respiratórios).

### **Aparelho Circulatório**

No questionário relativo ao aparelho circulatório, foi possível observar os conhecimentos que já faziam parte do leque de cuidados que os alunos reconheciam como promotores da sua saúde.

Os alunos, neste aparelho, possuíam alguns conhecimentos incipientes, mas dos quais destacamos a importância de uma alimentação equilibrada. Acrescentaram, especificamente, a importância de evitar comer alimentos ricos em gordura. Os alunos indicaram, ainda, como comportamentos protetores, a prática de exercício físico e não fumar.

Apesar de os comportamentos referidos anteriormente serem os mais indicados, determinados alunos reconheceram que se devem fazer análises ao sangue, regularmente, e que se deve evitar o consumo de drogas e álcool. Viver com *stress* e nervosismo foi considerado, também, como algo a evitar para manter a saúde do aparelho circulatório.

### **Pele**

No que concerne os cuidados com a pele, verificamos, uma vez mais, que os discentes eram detentores de alguns conhecimentos sobre comportamentos que podem favorecer e outros que podem comprometer a saúde da sua pele. Nos cuidados mais indicados, e porque a categoria assim o permite, verificamos uma maior incidência das respostas em categorias que se relacionam com os cuidados externos da pele.

Os comportamentos prévios que mais se destacaram nas respostas, prendem-se com a importância de usar proteção solar elevada e evitar a exposição direta e prolongada ao sol. Constatamos, deste modo, que a maioria dos alunos da amostra reconhece os malefícios do sol na pele.

Embora com uma percentagem inferior, o que revela que uma grande parte da amostra não tem consciência da importância destes hábitos, encontramos algumas referências à higiene pessoal diária e à hidratação da pele.

## **Aparelho Urinário**

No âmbito dos cuidados relativos ao aparelho urinário, dos conhecimentos demonstrados pelos alunos, em geral, (no seu pré-teste) destacamos, especialmente, comportamentos protetores como a ingestão de água para repor os seus níveis no organismo e evitar manter a bexiga muito tempo cheia ou prender a urina.

Pudemos observar, ainda, algumas respostas que apontavam a alimentação equilibrada como comportamento protetor da saúde do aparelho urinário e como comportamentos prejudiciais, beber bebidas alcoólicas e sumos gaseificados.

## **Aparelho Reprodutor**

Por fim, analisando os dados referentes ao aparelho reprodutor, observamos que os alunos demonstraram conhecer a importância do uso de preservativo nas relações sexuais e de evitar relações sexuais de risco. A referência ao uso de preservativo constitui, assim, o comportamento mais indicado nesta fase inicial.

No entanto, registamos outros comportamentos mencionados por alguns dos discentes que se prendem, por exemplo, com os malefícios do álcool e do tabaco.

A acrescentar aos comportamentos indicados, outros demonstraram conhecer a importância de uma boa higiene, que inclui o banho e a muda de roupa.

A referência à prática de uma alimentação equilibrada foi efetuada por alguns alunos, bem como a importância de fazer exames de rotina e evitar agressões na zona genital, especialmente por parte dos colegas, em brincadeiras.

### **5.2.2. Eficácia da intervenção pedagógica: “A saúde também depende de ti”, na promoção de conhecimentos favoráveis a um estilo de vida saudável.**

#### **Cavidade Oral**

Após a aplicação no grupo experimental do programa “A saúde também depende de ti” e a abordagem dos conteúdos de ciências da natureza em ambos os grupos, observou-se uma evolução nos conhecimentos dos alunos, comparativamente aos seus conhecimentos prévios, embora a melhoria nos conhecimentos tenha sido superior no grupo experimental.

O programa implementado no grupo experimental permitiu aos alunos reconhecer a importância de uma boa higiene oral para além da escovagem dos dentes (já do conhecimento

da maioria dos alunos). Verificou-se uma melhoria nos conhecimentos referentes à importância do uso de fio dentário, em detrimento do uso de palitos, e de proceder à limpeza da língua, local onde se acumulam muitas bactérias. Estes comportamentos foram muito pouco referidos no grupo de controlo.

Nas referências efetuadas a comportamentos alimentares foi possível observar, após a intervenção no grupo experimental, uma diminuição na percentagem de alunos que indicavam como comportamento protetor a ingestão de alimentos não cariogénicos, por sua vez verificou-se um aumento significativo de referências em categorias mais específicas relacionadas com a alimentação, como a importância de comer frutas e legumes, não comer doces nem beber bebidas açucaradas e um aumento de referências a alimentos que favorecem a saúde oral como, por exemplo, beber leite e comer os seus derivados, importantes fontes de cálcio, assim como comer alimentos ricos em vitamina C, poderoso antioxidante.

Denota-se, ainda, uma preocupação crescente dos elementos do grupo experimental com a prevenção, reiterando a importância de se efetuarem consultas de rotina no dentista, facto que no grupo de controlo desaparece entre o pré e pós-teste.

Quanto ao consumo de substâncias, o tabaco revela-se uma preocupação dos alunos tornando-se, após a intervenção, um comportamento amplamente referido pelo grupo experimental como sendo prejudicial à saúde oral, e muito pouco referido pelos alunos do grupo de controlo. O consumo de bebidas alcoólicas e de drogas são comportamentos prejudiciais à saúde oral que não obtiveram qualquer referência por parte dos alunos do grupo de controlo, mas que obtiveram um ligeiro aumento no grupo experimental após a intervenção.

Note-se que, no grupo experimental, observamos que a maioria dos alunos passou a considerar o consumo de bebidas muito frias, ou muito quentes, e a toma de antibióticos como comportamentos prejudiciais.

No grupo de controlo destacamos, em relação ao grupo experimental, o aumento de referências ao comportamento protetor de bochechar quando houver impossibilidade de proceder à lavagem dos dentes e o comportamento prejudicial de trincar alimentos muito duros.

Numa perspetiva comparativa dos resultados obtidos, principalmente no grupo de controlo, com os cuidados de saúde incluídos nos manuais, procedemos a uma análise de conteúdo dos mesmos. Com esta análise, foi possível observar que, no caso dos alunos do grupo experimental, não existe nenhuma secção específica no seu manual que permita observar alguns conselhos para prevenir possíveis doenças do foro oral, no entanto, no manual do grupo

de controlo encontramos algumas alusões a cuidados básicos que podem ser indicadores do aumento das referências dos alunos em certas categorias como, por exemplo, partir alimentos duros com os dentes (e.g., nozes), comportamento bastante indicado pelos alunos do referido grupo. No mesmo manual, observamos a existência de uma parte destinada à escovagem dos dentes, exemplificando como esta deve ser efetuada e a importância do uso de fio dentário. No entanto, se por um lado a escovagem dos dentes foi amplamente referida, o uso de fio dentário não se destacou nas opções dos alunos. Há, ainda, um reforço no manual de comportamentos benéficos como o consumo de leite e seus derivados e de frutas e legumes crus, importantes para as gengivas e os dentes, comportamentos indicados pelos alunos, mas sem grande destaque. Por sua vez, a importância de reduzir o consumo de guloseimas consta no manual e foi um comportamento que a maioria dos alunos incluiu nas suas respostas, mas à partida já tinham reconhecido esse aspeto como importante para a saúde oral. Por fim, observamos a importância de consultar o dentista regularmente, porém este ato obteve um decréscimo de referências entre o pré e o pós-teste.

Concluimos, deste modo, que se, por um lado, no grupo de controlo encontramos uma ligeira relação entre o manual e os comportamentos mais indicados pelos alunos; por outro lado, no grupo experimental, o programa de promoção de conhecimentos favoráveis a um estilo de vida saudável permitiu uma melhoria qualitativa e quantitativa dos conhecimentos dos alunos relativamente a comportamentos que favorecem a saúde oral, conteúdo que não estava contemplado no seu manual de ciências.

### **Aparelho Digestivo**

Observamos que as diferenças entre grupos acentuam-se após a lecionação dos respetivos programas, sendo possível verificar, uma vez mais, a eficácia do programa específico de saúde aplicado ao grupo experimental, ao melhorar os seus conhecimentos.

À semelhança dos cuidados com a cavidade oral, os alunos de ambos os grupos referiram inicialmente a importância da alimentação na saúde, no entanto, o número de referências efetuadas à importância de uma alimentação equilibrada ficou reduzido a menos de metade, em ambos os grupos após a lecionação dos programas. Pelo contrário, foi possível constatar o aumento do número de referências a comportamentos específicos relacionados com a alimentação no grupo experimental, como a importância de se comer alimentos integrais, alimentos ricos em fibra, sopas e vegetais e a importância de reduzir alimentos ricos em sal e

fumados. Uma vez que o aumento de conhecimentos nestas categorias só se verificou no grupo experimental, é possível verificar a eficácia do programa ao especificar comportamentos protetores da saúde, relacionados com a alimentação.

No grupo de controlo, apesar de não se ter verificado um aumento em categorias específicas relacionadas com os alimentos, constatou-se um aumento de referências em categorias relacionadas com a forma como nos servimos deles, das quais destacamos a importância de mastigar bem, comer em intervalos regulares de tempo e comer moderadamente. Em ambos os grupos o comportamento, comer rápido, destaca-se como prejudicial à saúde.

Nos dados relativos ao grupo experimental, podemos observar após a intervenção um aumento de indicações relacionadas com a importância do exercício físico e de não consumir substâncias como drogas, tabaco e bebidas alcoólicas. No mesmo grupo, destacamos, ainda, o acréscimo de conhecimentos dos alunos nos seguintes comportamentos: evitar tomar medicamentos sem beber e fazer refeições pesadas antes de dormir e beber água, repondo os seus níveis no organismo, em detrimento do consumo de refrigerantes gaseificados.

No grupo de controlo, uma percentagem superior de alunos, em relação ao grupo experimental, ressaltou que frequentar o mar ou a piscina enquanto se está a fazer a digestão é um comportamento de risco para a saúde.

Numa perspetiva de encontrar algumas semelhanças entre as respostas obtidas nos questionários e os comportamentos preventivos da saúde constantes nos manuais, procedemos à sua análise, mas percebemos que nos manuais não existem referências aos cuidados básicos com o aparelho abordado. No manual do grupo experimental, existe no final do capítulo uma secção que se intitula de “Educação para a Saúde”, contudo após a sua leitura verificamos que aborda a dentição humana sem qualquer alusão aos seus cuidados. Por sua vez, no manual do grupo de controlo na secção final de capítulo, intitulada “Função digestiva e saúde”, encontram-se apenas referências à saúde oral, anteriormente assinaladas.

No entanto, em ambos os manuais, encontramos algumas referências a alguns comportamentos saudáveis no capítulo referente à alimentação, onde se incluem comportamentos como comer em intervalos regulares de tempo e comer moderadamente, categorias que obtiveram um decréscimo na percentagem de resposta no pós-teste do grupo experimental, mas nas quais os alunos do grupo de controlo se destacaram. Nos manuais encontramos, ainda, alusão à importância de reduzir o consumo de alimentos ricos em sal e em

gorduras e de não beber bebidas alcoólicas, categorias nas quais se verificou um aumento das respostas em ambos os grupos, com maior expressão no grupo experimental.

Deste modo, foi possível observar, no grupo de controlo, que a valorização dos cuidados de saúde ficou em certo modo restrita aos conteúdos existentes no manual, uma vez que os conhecimentos dos alunos do grupo de controlo, após ser lecionado o programa de ciências da natureza, coincidem em grande parte com as orientações do manual.

No grupo experimental, verificamos uma vez mais que a intervenção efetuada, que visa a promoção dos conhecimentos de saúde, foi eficaz ao aumentar o leque de categorias indicadas e ao permitir que mais alunos conhecessem formas específicas de proteção da sua saúde.

### **Aparelho Respiratório**

Nos dados relativos ao momento de pós-ensino do aparelho respiratório, observamos uma acentuação das diferenças entre as respostas dos alunos do grupo experimental e de controlo.

No que diz respeito a este aparelho, evidenciamos a eficácia do programa aplicado ao grupo experimental no aumento significativo dos conhecimentos dos discentes, relativamente a comportamentos preventivos como arejar as habitações, prevenir constipações, estar atento às alergias, protegermo-nos nas mudanças de temperaturas, evitar andar molhado, evitar estar perto de pessoas que tosse ou espirram sem proteção e evitar estar fechado em locais pouco arejados, nomeadamente a praticar atividade física.

No grupo experimental destacamos, ainda, o aumento de menções à importância de se praticar exercício físico, nomeadamente, aqueles que incluem uma forte componente respiratória como a natação, e a importância de comer alimentos ricos em vitamina C.

As referências a estas categorias, no pós-teste, foram consensuais entre os alunos havendo uma grande percentagem a indicá-las.

No grupo de controlo, posteriormente a ter-se abordado o programa oficial de ciências da natureza, houve um aumento considerável de referências a comportamentos protetores como arejar as habitações, praticar exercício físico e passear em locais muito oxigenados, embora com menor expressão que no grupo experimental.

Em ambos os grupos, após a leção dos respetivos programas, verificou-se um aumento de alunos a indicar categorias como inspirar pelo nariz e não pela boca e evitar

frequentar ambientes poluídos, comportamentos que já tinham sido referidos, inicialmente, pelos alunos da amostra, mas que se reforçaram com os programas.

Não obstante ter-se verificado, inicialmente, em ambos os grupos, que a grande maioria dos alunos reconhecia o consumo de tabaco como um comportamento de risco para a saúde do aparelho respiratório, após a intervenção efetuada no grupo experimental, esse valor aumentou para a totalidade dos alunos, no entanto, no grupo de controlo houve uma ligeira redução, embora sejam poucos os alunos que não incluíram esta categoria nos seus testes. No grupo de controlo também se verificou uma redução entre o pré e o pós-teste nas alusões à importância de evitar o consumo de drogas e de desobstruir as vias respiratórias.

Procedendo a uma análise de conteúdo dos manuais, nas respetivas secções referentes aos cuidados com o aparelho respiratório, normalmente apresentada no final de capítulo, podemos constatar que no manual do grupo experimental constam comportamentos como evitar ambientes poluídos, praticar exercício físico e não fumar, comportamentos que os alunos previamente à leção dos programas já referiam em grande escala, mas que a intervenção aplicada e o manual vieram reforçar.

No manual do grupo de controlo são destacados cuidados como passear em locais oxigenados e arejar as habitações, inspirar pelo nariz e não pela boca, praticar exercício físico, evitar ambientes poluídos e não fumar, que representam precisamente as categorias em que se observou uma maior percentagem de alunos a indicá-las, o que demonstra a influência do manual no reforço dos cuidados de saúde, pois para além das categorias indicadas no manual, apenas existem casos pontuais de alunos que referem outras categorias.

De um modo geral, verificaram-se diferenças mais significativas no grupo experimental, após a aplicação do programa de promoção de conhecimentos favoráveis a um estilo de vida saudável. Reconhece-se uma maior abrangência nas categorias de resposta dadas e uma maior percentagem de alunos a referir alguns dos comportamentos indicados, o que é um indicador da eficácia do programa. Em contrapartida, no grupo de controlo, onde não foi efetuada nenhuma intervenção adicional ao programa de ciências, constatamos que as categorias com uma maior evolução são aquelas que se encontram referidas no manual, sem haver acréscimo de muitas informações.

## **Aparelho Circulatório**

Na sequência da aplicação dos respetivos programas, em cada grupo, os comportamentos que previamente se tinham destacado nas respostas dos alunos da amostra, tais como praticar uma alimentação equilibrada, evitar comer alimentos ricos em gordura, praticar exercício físico e não fumar saíram reforçados após a lecionação dos conteúdos, o que se traduziu numa maior percentagem de referências em todas as categorias, à exceção do consumo de tabaco que sofreu uma ligeira diminuição no grupo de controlo.

Os programas lecionados permitiram aumentar a percentagem de referências a estes comportamentos e ao comportamento que diz respeito ao facto de devermos evitar o consumo de bebidas alcoólicas, com especial ênfase no grupo experimental, no qual a percentagem de referências foi superior.

As categorias em que, realmente, o grupo experimental se destaca em relação ao grupo de controlo são: a importância de se controlar a tensão arterial e o peso (fatores importantes para evitar problemas cardiovasculares), assim como a importância de nos descontraírmos, termos atividades de lazer, não adotando um estilo de vida muito agitado, com muito *stress* e nervosismo, evitando preocupações excessivas e zangas. Os alunos deste grupo, após a aplicação do programa específico de saúde, também destacaram como fator de risco ter níveis de colesterol muito elevados.

Constam, ainda, nos cuidados protetores da saúde mais citados pelos alunos do grupo experimental, alguns comportamentos alimentares específicos: comer frutas e legumes, ingerir mais peixe do que carne, evitar alimentos ricos em gordura, o sal, salgados e alimentos fumados. Existe também referência ao comportamento maléfico do consumo de drogas.

No grupo de controlo, após a lecionação do programa de ciências, as categorias que os alunos assinalam em maior número, para além das indicadas anteriormente, são o facto de devermos controlar a nossa tensão arterial e as infeções, categorias que nenhum aluno tinha referido no seu pré-teste.

À semelhança dos aparelhos anteriores, procedemos à comparação das respostas dos alunos com os cuidados relativos ao aparelho circulatório constantes nos manuais.

No manual do grupo de controlo observamos a existência de um tópico específico que se intitula “Função circulatória e saúde”, onde são indicados alguns comportamentos que podem evitar perturbações no funcionamento do aparelho circulatório, a saber: a importância de

praticar atividade física, de evitar os alimentos ricos em gordura, o açúcar e o sal e o consumo de álcool e tabaco. Aliadas a estes comportamentos, evocam algumas medidas protetoras como controlar a tensão arterial e as infeções de dentes, amígdalas e ouvidos, que podem ser a causa de certas doenças cardíacas.

Comparando os cuidados indicados no manual com as categorias referidas pelos alunos nos seus pós-testes, verificamos que estes coincidem com as categorias mais escolhidas pelos alunos. Se, por um lado, algumas eram já do conhecimento de muitos alunos e saíram reforçadas após as aulas de ciências, outras, como controlar a tensão arterial e as infeções, que não foram referidas por nenhum aluno no seu pré-teste, passaram a constar nas repostas dos pós-testes de vários discentes.

No grupo experimental comprovamos, uma vez mais, que no final do conteúdo referente ao aparelho circulatório não existe nenhuma secção que aborde os cuidados com o aparelho em questão, no entanto, há a indicação de alguns cuidados no conteúdo sobre a alimentação que fazem alusão à prevenção de doenças cardiovasculares e hipertensão, tais como o facto de devermos evitar o excesso de sal, picantes, gorduras, doces, açúcar e refrigerantes gaseificados. Todos estes comportamentos, aliados a muitos outros mencionados anteriormente, foram reforçados na intervenção que pretendia melhorar os conhecimentos dos alunos relativamente a comportamentos saudáveis.

Em resumo, constata-se que no grupo experimental há um aumento de referências em alguns dos cuidados incluídos no manual, mas verificamos também que houve um aumento de referências a muitas outras categorias que não estavam aí contempladas, revelando a importância da intervenção na melhoria dos conhecimentos dos alunos, pois permitiu abranger um maior número de comportamentos de saúde.

## **Pele**

Após a lecionação do conteúdo dos programas, relativo à pele e seus cuidados, no grupo experimental verifica-se um reforço nos comportamentos mais referidos antes da intervenção, sendo neste momento do conhecimento de um número mais alargado de alunos. Por sua vez, no grupo de controlo, foi possível constatar um aumento na percentagem de repostas que indicam a importância da higiene pessoal e de evitar estar exposto ao sol, mas observa-se uma diminuição nas referências que indicam como importante o uso de proteção solar elevada e hidratar a pele.

Depois da aplicação do programa específico de saúde, os alunos do grupo experimental destacaram a importância da atividade física, de praticar uma alimentação equilibrada, mais especificamente a importância dos alimentos ricos em vitamina E e frutas e legumes, e evidenciaram ainda a importância de não fumar e de evitar bebidas alcoólicas. Podemos observar, ainda, um aumento de referências em categorias que indicam comportamentos protetores como hidratar a pele, usar proteção solar alta e desinfetar feridas, e em comportamentos de risco como usar químicos ou produtos muito agressivos sem proteção, usar roupa apertada, sofrer escaldões, usar antitranspirantes e maquilhagem que tape os poros e ter o corpo muito tempo imerso em água.

Para além destas categorias, os alunos do grupo experimental salientaram a importância da água para a pele, referindo a necessidade de repor diariamente os seus níveis no organismo, através da ingestão de água e chás, cruciais para a hidratação do corpo e da pele; a importância do sono, de dormir bem e as horas recomendadas, e, ainda, a importância de trocar de roupa frequentemente e de evitar o *stress*.

No grupo de controlo, após terem sido lecionados os conteúdos de ciências da natureza, para além das categorias que mais se destacaram (praticar uma boa higiene pessoal e não estar exposto ao sol) existem algumas referências, embora em menor número que no grupo experimental, à importância de beber água ou chás antioxidantes de forma a hidratar o corpo, de trocar de roupa frequentemente e de evitar escaldões e o uso de antitranspirantes. Alguns alunos apontam ainda a importância do uso de boné como fator de proteção, comportamento que não foi incluído nas respostas dos alunos do grupo experimental.

Procedendo à análise dos manuais no âmbito dos cuidados a ter com a pele, no manual do grupo experimental encontramos algumas indicações referentes à importância da higiene pessoal diária, através do banho e da mudança de roupa, evitar usar roupas apertadas e impermeáveis que impeçam as trocas gasosas e desinfetar bem as feridas impedindo a entrada de micróbios. Há ainda referência aos malefícios do sol e da exposição direta ao mesmo.

Todos estes comportamentos foram reforçados na intervenção denominada “A saúde também depende de ti”, no grupo experimental, aos quais se somaram mais alguns comportamentos, de modo a promover um maior número de conhecimentos relativamente a cuidados protetores da saúde da pele.

No manual do grupo de controlo, no final do conteúdo que aborda a função excretora, encontramos os seguintes cuidados a ter com a pele: a importância da higiene pessoal

frequente; evitar a ação prolongada e direta do sol, evitando escaldões; recorrer ao uso de proteção solar elevada e usar roupa, chapéu e óculos que protejam do sol.

Comparando os cuidados referidos no manual com as respostas dadas pelos alunos após os programas, no grupo experimental o programa de promoção de estilos e vida saudáveis, aliado às aulas de ciências, permitiram aumentar o número de conhecimentos, não só nas categorias mencionadas no manual, mas também em muitas outras, e permitiu que um número mais alargado de alunos incluisse um maior número de categorias nos seus pós-testes.

Quanto ao grupo de controlo, as categorias indicadas no manual são aquelas em que, de um modo geral, há um maior número de menções por parte dos alunos, mas, contrariamente aos aparelhos anteriores, existem outras categorias que também foram incluídas por alguns alunos nos seus testes. No entanto, regista-se uma menor evolução nos conhecimentos deste grupo.

### **Aparelho Urinário**

Nos cuidados referentes ao aparelho urinário, após terem sido lecionados os conteúdos de ciências da natureza no grupo de controlo, houve algumas categorias em que se verificou um aumento na percentagem de alunos que as indica. Destacamos a importância de beber água para manter o bom funcionamento deste aparelho, por ser um comportamento assinalado pela quase totalidade dos alunos. Existem, no entanto, outros comportamentos amplamente referidos, tais como evitar beber bebidas alcoólicas, evitar o consumo excessivo de carne e a necessidade de evitar infeções urinárias, no entanto, não especificam formas de o fazer.

Apesar de no grupo de controlo se verificarem elevadas percentagens de alunos a indicar os comportamentos referidos, neste grupo não se destacam mais categorias de resposta, demonstrando que, apesar de ser consensual, os alunos reconhecem poucas formas de prevenção de doenças do foro urinário.

Por sua vez, no grupo experimental, a seguir à aplicação do programa de promoção de conhecimentos favoráveis a um estilo de vida saudável e à leção dos conteúdos de ciências da natureza, existiram várias categorias que os alunos passaram a incluir nos seus testes, verificando-se uma maior variedade nas respostas dos alunos, pois estes registaram em média nos seus testes, mais formas de proteção da sua saúde, que no grupo de controlo.

Os alunos do grupo experimental fizeram alusão a vários cuidados de higiene e a algumas medidas mais específicas para evitar infeções urinárias e irritações nos órgãos genitais,

que podem comprometer a saúde dos órgãos que compõe o aparelho urinário. Destacaram comportamentos como o uso de roupa leve e de algodão, sem estar apertada nos genitais; evitar usar casas de banho públicas; limpar a vagina da frente para trás e não o inverso, não permitindo deste modo a condução de bactérias do ânus para a vagina, e evitar o uso de desodorizantes íntimos. Pudemos ainda observar um aumento significativo dos conhecimentos sobre a importância de se usar preservativo nas relações sexuais; não prender a urina nem permanecer muito tempo com a bexiga cheia.

No grupo experimental, apesar de inicialmente ter havido algumas referências à importância de uma alimentação equilibrada, posteriormente, a percentagem de alunos que a indicou diminuiu, mas verificou-se um aumento do número de referências em categorias específicas relacionadas com a alimentação, tais como comer frutas e legumes e evitar o sal, salgados e fumados.

Um aumento significativo verificou-se, também, nas referências aos malefícios do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e do *stress*, por parte dos alunos do grupo experimental. Neste aparelho, salienta-se ainda a eficácia do programa ao alertar para a medida preventiva de se efetuarem análises regulares à urina, importantes não só no que ao aparelho urinário diz respeito, mas na deteção de inúmeras doenças.

Procedendo a uma análise de conteúdo dos manuais das turmas, constatamos que o manual destinado aos alunos do grupo de controlo referia alguns cuidados: a ingestão razoável de água diariamente; não consumir bebidas alcoólicas e evitar uma alimentação com excesso de carne. As categorias contempladas no manual são aquelas que uma maior percentagem de alunos incluiu nos seus testes, demonstrando, novamente, que os comportamentos que são do conhecimento dos alunos são, em regra geral, os que se encontram no manual.

Por sua vez, o manual destinado aos alunos do grupo experimental não contemplava nenhuma parte destinada aos cuidados com o aparelho urinário, o que alerta para a importância da intervenção efetuada na melhoria dos conhecimentos de saúde dos alunos.

### **Aparelho Reprodutor**

Relativamente aos cuidados de saúde com o aparelho reprodutor, após a aplicação dos programas já mencionados, foi possível verificar que os alunos do grupo experimental possuíam, em média, um maior número de conhecimentos que os alunos do grupo de controlo e indicaram

um leque de respostas mais variado, onde contemplaram mais cuidados de saúde, comparativamente ao grupo de controlo.

No grupo de controlo, após terem sido lecionados os conteúdos de ciências da natureza, verificou-se um aumento nas referências a comportamentos protetores a saber: fazer uma correta higiene íntima; usar preservativo nas relações sexuais; praticar uma alimentação equilibrada; evitar fumar e beber bebidas alcoólicas e usar medicamentos sem aconselhamento médico. Embora com menor expressão, houve alguns alunos a incluir nos seus testes, como comportamento protetor, usar roupa limpa, especialmente a interior, e usar roupa leve e solta sem estar apertada na zona genital.

Paralelamente, no grupo experimental, após a leção dos conteúdos de ciências e a aplicação do programa específico de promoção da saúde, a maioria dos alunos reforçou os seus conhecimentos em categorias como usar preservativo nas relações sexuais; não fumar; evitar bebidas alcoólicas; evitar o consumo excessivo de café; não consumir drogas e evitar o *stress*. Quanto a este aparelho, os alunos também referiram bastante, cuidados específicos de higiene e vestuário, dando preferência à roupa interior de algodão, sendo que esta deve ser limpa; indicaram a importância de não usar toalhas molhadas e não partilhar toalhas nem produtos de higiene íntima, e deve-se limpar a vagina da frente para trás e não o inverso. A referência ao uso de desodorizantes íntimos também se observou nos cuidados indicados pelos alunos como um comportamento prejudicial à saúde do aparelho reprodutor.

Desta forma, verificamos que a intervenção efetuada no grupo experimental permitiu aos alunos reconhecer novas formas de proteção do aparelho reprodutor, e permitiu que mais discentes as incluíssem nas suas listas de cuidados, demonstrados nos seus pós-testes. Para além das categorias referidas, o programa específico de saúde mostrou-se eficaz ao alertar os alunos para a importância de se efetuarem exames de rotina como forma de rastreio de possíveis doenças e a importância de não haver um início precoce da atividade sexual, comportamento mencionado apenas pelo grupo experimental, após a intervenção.

À semelhança dos conteúdos anteriores, procedendo-se à análise dos manuais pertencentes a cada grupo, constatamos que nenhum dos manuais incluía nos seus tópicos os cuidados de saúde com o aparelho reprodutor, quer masculino quer feminino.

Deste modo, verificamos que os conhecimentos que os alunos do grupo experimental demonstraram são o resultado da aplicação de uma intervenção em educação para a saúde que lhes permitiu, em comparação com o grupo de controlo, conhecer um maior número de

comportamentos que podem proteger a sua saúde reprodutiva, e permitiu que uma percentagem mais elevada abarcasse esses conhecimentos.

### **5.2.3. Conclusões Gerais**

Embora se tenha verificado uma evolução nos conhecimentos dos alunos, em ambos os grupos, no grupo experimental esta foi mais evidente, destacando-se o grupo na aquisição de conhecimentos sobre comportamentos protetores e de risco referentes a todos os conteúdos analisados: cavidade oral, aparelho digestivo, aparelho respiratório, aparelho circulatório, pele, aparelho urinário e aparelho reprodutor.

Concluimos, de um modo geral, que o programa “A saúde também depende de ti” permitiu aos alunos aumentar os seus conhecimentos relativamente a comportamentos mais específicos relacionados com a saúde, alargando a sua rede de conhecimentos.

Observamos que, inicialmente, os alunos da amostra se referiam a cuidados de saúde de cariz mais geral, com categorias mais abrangentes, mas, após o programa de promoção de estilos de vida saudáveis, no grupo experimental, houve uma diminuição destes comportamentos mais generalistas e observou-se uma maior particularização, em que os alunos referiram de modo específico como podem, de facto, contribuir para a sua saúde através de alguns comportamentos. Pudemos observar, por exemplo, numa fase inicial, várias referências efetuadas à importância de uma alimentação equilibrada, mas, posteriormente, notam-se mais categorias com comportamentos específicos relacionados com a alimentação, como o grupo de alimentos mais importantes para cada aparelho e o modo como os devemos preparar e servirmo-nos deles.

Aliadas à alimentação saudável, encontramos algumas categorias transversais a todos os conteúdos, que surgem recorrentemente nos testes dos alunos, mais evidentes nos alunos do grupo experimental, como fatores importantes na manutenção da integridade morfofisiológica do organismo. São estes comportamentos a prática regular de atividade física, não fumar, moderar o consumo de bebidas alcoólicas e não consumir drogas.

A referência, em grande escala, a estes comportamentos por parte do grupo experimental, em quase todos os aparelhos do corpo humano, é reflexo de um reforço destes comportamentos efetuado no programa específico relacionado com a saúde, havendo uma

preocupação da investigadora em elencar os seus principais benefícios/malefícios para a saúde e tratá-los como transversais à saúde de todos os aparelhos do nosso organismo.

Podemos salientar, ainda, que o referido programa se mostrou profícuo ao alertar os alunos para a necessidade de se realizarem exames de rotina, como forma de rastreio de possíveis doenças, consciencializando-os para a sua importância, sendo visível nas menções efetuadas por eles em comportamentos protetores como fazer análises à urina, fazer exames de rotina e consultar o dentista regularmente.

Deste modo, os resultados obtidos indiciam um impacto positivo da intervenção na promoção de um maior número de conhecimentos de saúde nos alunos e possivelmente na promoção da consciencialização para o seu papel ativo na sua própria saúde, pois é importante consciencializa-los de que existem fatores genéticos e ambientais que condicionam a nossa condição de saúde, mas há também uma parte importante que cabe a cada um de nós, e todos temos a obrigação de zelar por ela, melhorando as práticas, no sentido de estas serem condizentes com um bom estado de saúde.

Em face do exposto, podemos concluir que os resultados parecem ser bastante positivos, no que respeita à eficácia da intervenção na melhoria dos conhecimentos dos alunos sobre estilos de vida saudáveis.

Embora com as limitações inerentes ao reduzido tamanho da amostra, tendo em conta as conclusões que retiramos deste estudo e fazendo um balanço positivo da intervenção efetuada, podemos supor que programas que considerem as conceções iniciais dos alunos e orientem as suas práticas no sentido de as reforçar ou alterar podem ser um bom contributo na melhoria dos hábitos de saúde dos alunos e promover estilos de vida saudáveis.

O que lamentamos é o facto de não podermos estabelecer um termo de comparação da nossa intervenção com algumas semelhantes, uma vez que desconhecemos a existência de programas semelhantes e em que se tenham diagnosticado os conhecimentos de saúde dos alunos e se tenha testado uma intervenção pedagógica no sentido da promoção da saúde para este nível de ensino.

### **5.3. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA AUMENTAR A EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

Após a análise do estudo apresentado nesta dissertação, estamos cientes que, apesar da intervenção “A saúde também depende de ti” ter um balanço positivo na promoção de conhecimentos dos alunos relativamente a um estilo de vida saudável, não conseguimos ter a garantia de que estes conhecimentos são perduráveis no tempo e conduzirão efetivamente a melhores escolhas, melhores práticas. Em face destas constatações, e após toda a investigação levada a cabo, considerámo-nos aptos a fazer algumas sugestões que podem contribuir para melhorar o programa de promoção de estilos de vida saudáveis testado nesta dissertação, ou qualquer outro, pois estamos cientes que qualquer programa necessita de uma aplicação mais sistemática e abrangente, de forma a dar resultados perduráveis a longo prazo.

Deste modo, consideramos que qualquer programa, para ter uma maior eficácia, deve ser reforçado em vários anos do percurso escolar dos alunos de modo a lembrar-lhes, em diferentes momentos da sua vida, alguns benefícios ou malefícios dos seus atos.

Em qualquer programa é também importante envolver toda a comunidade educativa, mobilizar não só os alunos e os professores dinamizadores das atividades, mas também todos os professores e funcionários da escola, para que juntos possam trabalhar em prol de um objetivo comum que visa permitir aos alunos desenvolver a capacidade de fazerem escolhas mais saudáveis e adequadas a um estilo de vida saudável, adotado de modo consciente.

Para além da mobilização de esforços concertados em prol deste objetivo comum, é importante que a dimensão curricular se interligue com a vida dos alunos e contemple os conteúdos de educação para a saúde, de modo a que haja uma interdisciplinaridade e transversalidade de conteúdos. Os temas de educação para a saúde que, como já vimos nesta dissertação, se integram muito bem com os conteúdos de ciências da natureza, também podem ser tratados em várias disciplinas, basta que haja criatividade e sentido de oportunidade para integrar o conteúdo no momento certo.

Neste sentido, a educação para a saúde não pode ficar limitada a atividades pontuais, de uma ou outra disciplina, numa ou outra semana, tem de ser vivida plenamente e fazer parte integrante do ambiente escolar, como algo verdadeiramente importante e natural. A criação deste ambiente adequado ao favorecimento de comportamentos saudáveis deve partir

exemplarmente da escola, pois é insuficiente dizer que determinados alimentos fazem mal à saúde quando os próprios constituem as ementas das escolas.

Assim, para uma EPS eficaz, todos os agentes educativos envolvidos neste processo deveriam ter formação em educação para a saúde, pois só assim se criará um ambiente que apoie o que é transmitido nas aulas.

No entanto, como a principal influência dos indivíduos é a família e os primeiros hábitos e opções se adquirem em casa, é importante que estas ações não se limitem à área escolar e se inter-relacionem com a família. Se por falta de informação os pais não colaborarem, estes irão constituir um mau exemplo para os seus filhos, e se estes desconhecem como podem tornar o seio familiar um espaço mais saudável de pouco servirá o que o aluno adquire na escola porque não o pratica nem reforça em casa.

A ligação escola-família pode ser reforçada, seja através dos Diretores de Turma, seja através de ações destinadas à família, como reuniões, atividades em que esta participe, colóquios, entre outros, todas com o objetivo de informar sobre os cuidados de saúde a ter consigo e com os mais próximos (filhos) e salientar o seu papel na educação para a saúde dos seus filhos e na importância que têm na moldagem de comportamentos futuros que podem significar a prevenção de doenças.

Nesta perspetiva, para além da escola e da família, a comunidade mais alargada também tem um papel importante, podendo estar envolvida em ações preventivas através de atividades de reforço ao trabalho desenvolvido na escola e em família. Este trabalho pode ser feito através da divulgação de algumas informações úteis em espaços públicos de acesso alargado, onde a informação chegue a um maior número de pessoas.

Deste modo, concluímos que é necessário que se criem condições sociais e ambientais que reforcem o trabalho desenvolvido quer por professores quer por familiares e estes sejam sinónimo de bons hábitos de vida.

#### **5.4. SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES**

Ao longo da análise e interpretação dos dados apresentados em capítulos anteriores, foram sendo suscitadas algumas curiosidades na investigadora que poderiam ser uma mais-valia para o estudo.

Consideramos que seria interessante analisar pormenorizadamente os manuais escolares adotados pelas escolas, verificando se estes contemplam uma importante vertente de promoção da saúde, e esta análise, posteriormente, poder ser um contributo para auxiliar os professores no processo de escolha dos manuais.

Uma vez que foram entregues aos alunos, no início e no final do estudo, questionários referentes a comportamentos, que pela limitação do tempo não foi possível explorar, seria interessante analisá-los permitindo estabelecer uma relação entre os conhecimentos demonstrados pelos alunos e os seus comportamentos.

Por último, consideramos que seria uma mais-valia, numa fase posterior quando os alunos que integraram a amostra iniciassem o 9.º ano de escolaridade, voltar a verificar os conhecimentos dos alunos relativamente aos cuidados com os aparelhos que constituem o corpo humano e confrontar com os resultados apresentados nesta investigação, de forma a concluir se estes mantiveram os seus conhecimentos, se os aumentaram, ou se houve algumas perdas.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adès, J. & Lejoyeux, M. (1997). *Comportamentos Alcoólicos e o seu Tratamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Antón, D.; Carrillo, F. & Rodríguez, J. (1992). Intervención comportamental y prevención. *Intervención Comunitária* (pp. 22-50). Múrcia: Pirâmide.
- Antunes, M.C. (2008). *Educação, saúde e desenvolvimento*. Coimbra: Almedina.
- Baltes, P.; Reese, H. & Lipsit, L. (1980). Life-span development psychology. *Annual Revue of Psychology*, 31, 65-110.
- Bandura, A. (1977). *Teoria del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe.
- Baptista, I.; Tomé, G.; Matos, M.; Gaspar, T. & Cruz, J. (2009). A Escola. In Matos, M. & Sampaio, D. (Coord.), *Jovens com saúde: diálogo com uma geração* (pp. 202-214). Lisboa: Texto Editores.
- Bardin, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições Setenta.
- Bolander, V. B. (1998). *Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica*. 1.<sup>a</sup> edição (pp. 32-52). Lisboa: Lusodidacta.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi editores.
- Bruzos, S. & Boticário, C. (1997). Alimentación, nutrición y salud – dieta saludable, dieta mediterránea. Madrid: UNED.

- Calafat, A. (2002). Estrategias Preventivas del Abuso de Alcohol. *Adicciones*, 14, 1, 317-335.
- Calafat, A. & Munar, M. A. (1999). *Actuar es posible: Educación sobre el alcohol*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Camacho, I. (2009). A Família. In Matos, M. & Sampaio, D. (Coord.), *Jovens com saúde: diálogo com uma geração* (pp. 189-196). Lisboa: Texto Editores.
- Campbel, D. & Stanley, J. (1988). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Campos, D. (1975). *Psicologia da adolescência: normalidade e psicopatologia*. Petrópolis: Vozes.
- Candeias, N. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Pública*, 31, 2, 209-13.
- Candeias, V.; Nunes, E.; Morais, C.; Cabral, M. & Silva, P.R. (2005). *Princípios para uma Alimentação Saudável*. Direção Geral da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Carrondo, E. M. (2006). *Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico*. Tese de Doutoramento (não publicada). Braga. Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho.
- Castanheira, J.L. (1989). *A saúde dos adolescentes – estratégias de promoção*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Centro Regional de Alcoologia do Norte (2004). *Guião da Formação em Alcoologia*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte.
- Costa, M. & López, E. (1996). *Educación Para La Salud: una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.

Couto, A. J. (1998). O modelo de crenças na saúde e a teoria do comportamento planeado na educação para a saúde. *Revista Referência*, 1 (Setembro), 5-9.

Departamento Ensino Básico (2001a). *Currículo Nacional do Ensino Básico Competências Essenciais*. Lisboa: Ministério da Educação.

Departamento Ensino Básico (2001b). *Orientações Curriculares - Ciências Físicas e Naturais*. Lisboa: Ministério da Educação.

Departamento Ensino Básico (2001c). *Reorganização curricular do Ensino Básico: princípios, medidas e implicações*. Lisboa: Ministério da Educação.

Duarte, M. (1992). Ciência do professor e conhecimentos dos alunos. In Pereira, M. (Coord.), *Didáctica das Ciências da Natureza*. Lisboa: Universidade Aberta.

Duarte, M. (1999). Investigação em Ensino das ciências: influências ao nível dos manuais escolares. *Revista Portuguesa de Educação*, 12, 2, 227-248.

Ferreira, M.; Matos, M. & Costa, J. (2009). O lazer e a música na adolescência. In Matos, M. & Sampaio, D. (Coord.), *Jovens com saúde: diálogo com uma geração*. Lisboa: LeYa: Texto Editores, 65-70.

FNUAP (1998). *A Situação da População Mundial: As Novas Gerações*, Fundo das Nações Unidas para a População.

Gavidia, V. (2003). La Educación para la salud en los manuales escolares españoles. *Revista Española de Salud Pública*, 77, 2, 275-285.

Gavidia, V. & Rodes, M. (1996). Tratamiento de la Educación para la Salud com matéria transversal. *Alambique. Didáctica de las ciencias experimentales*, 9, 7-16.

Ghigione, R. & Matalon, B. (1997). *O inquérito. Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.

Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*. Estoril: Príncipia.

INSA & INE (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde. Instituto Nacional de Estatística.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2010). Relatório Anual 2009. *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Acedido em 4 de Maio de 2011 em <http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Paginas/SituacaodoPais.aspx>.

INE, I.P. – Portugal (2011). *Estimativas Anuais da População Residente*. Acedido em 26 de junho de 2011, em: <http://www.ine.pt>.

Kaplan, R. (1990). *Behavior as the central outcome in health care*. *American Psychologist*, 45 (11), 1211-1220.

Kuntsche, E. & Jordan, M. (2006). Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 167-174.

Liga Portuguesa Contra o Cancro. *Educação para a saúde*. Acedido em 25 agosto de 2011, em: <http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=50>

Liga Portuguesa Contra o Cancro. *Fatores de risco*. Acedido em 25 agosto de 2011, em <http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=10>

Lima, M. (1993). Atitudes. In Vala, J. & Monteiro, M. (Eds.), *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 167-199.

Loureiro, N.; Matos, M. & Diniz, J. (2009). A actividade física e o desporto. In Matos, M. & Sampaio, D. (Coord.), *Jovens com saúde: diálogo com uma geração*. Lisboa: LeYa: Texto Editores, 76-83.

Ludke, M. & André, M. (1988). *Pesquisa em educação: Abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda.

Martins, M. C. (2005). A Promoção da saúde: percursos e paradigma. *Revista de saúde Amato Lusitano*, IX (22), 42-46. Acedido em 15 de Junho de 2011 em <http://hdl.handle.net/10400.11/93>.

Mas, F.; Marin, J.; Papenfuss, R. & León, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Revista Española de Salud Pública*, 71 (4), 335-341.

Matos, M. (1999) In Braconnier, A. & Marcelli, D. (Eds.), *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi editores.

Matos, M. & Sampaio, D. (Coord.) (2009). *Jovens com saúde: diálogos com uma geração*. Lisboa: Texto Editores.

Matos, M.; & Equipa do Projeto Aventura Social & Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Edições FMH: Lisboa.

Matos, M.; Gonçalves, A. & Gaspar, T. (2004). Adolescentes Estrangeiros em Portugal: Uma Questão de Saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1, 5, 75-85.

Matos, M.; Simões, C.; Tomé, G.; Gaspar, T.; Diniz, J. & Equipa Aventura Social (2006a). *Indicadores de Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório Glaxo Smith-Kline/HBSC 2006*. Acedido em 12 de Fevereiro de 2011 em <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial>;

Matos, M.; Simões, C.; Tomé, G.; Gaspar, T.; Camacho, I.; Diniz, J. & Equipa do Projeto Aventura Social (2006b). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2006*. Acedido em 12 de Fevereiro de 2011 em <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com>.

- Matos, M.; Simões, C.; Tomé, G.; Camacho, I.; Ferreira, M.; Ramiro, L.; Reis, M.; Diniz, J.; Gaspar, T.; Veloso, S.; Loureiro, N.; Borges, A. & Equipa Aventura Social (2010a). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Relatório do Estudo HBSC 2010*. Acedido em 25 de Junho de 2011 em <http://www.aventurasocial.com>.
- Matos, M.; Diniz, J.; Simões, C.; Tomé, G.; Camacho, I.; Ramiro, L.; Ferreira, M.; Reis, M.; Gaspar, T. & Equipa Aventura Social (2010b). *HBSC: Dados Nacionais 2010*. Acedido em 25 de Junho de 2011 em <http://www.aventurasocial.com>.
- Matos, M.; Diniz, J.; Simões, C.; Tomé, G.; Camacho, I.; Ramiro, L.; Ferreira, M.; Reis, M.; Gaspar, T. & Equipa Aventura Social (2010c). *Dados Nacionais 2010 – Abril 2011: problemas emergentes e contextos sociais – HBSC 2010*. Acedido em 11 de Agosto de 2011 em <http://www.aventurasocial.com>.
- Mello, M.; Barrias, J. & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Mendoza, R.; Pérez, M. & Foguet, J. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas com la salud (1986-1990)*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Mendoza, R. (1999). Prevención del tabaquismo entre los jóvenes: un reto alcanzable. In Precioso, J. Viseu, F., Dourado, L., Vilaça, T., Henriques, R. e Lacerda, T. (Coord.), *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.
- Ministério da Saúde (1997). *A Saúde dos Portugueses*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2003). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Direção Geral da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Direção Geral da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 5 de maio de 2011 em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006757.pdf>.

Ministério da Saúde (2005a). *Diabetes*. Portal da Saúde. Acedido em 10 de maio de 2011, em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+cronicas/diabetes.htm>

Ministério da Saúde (2005b). *O que é o cancro? Como preveni-lo?* Portal da Saúde. Acedido em 10 maio de 2011, em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/cancro/cancro.htm>

Ministério da Saúde (2006). *Promoção de Saúde em Meio Escolar. Promoção de uma Alimentação Saudável*. Direção-Geral da Saúde - Divisão de Saúde Escolar. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 5 de maio de 2010 em <http://www.dgs.pt/>.

Ministério da Saúde (2006b). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Direcção-Geral da Saúde - Divisão de Saúde Escolar. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 5 de Maio de 2010 em <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>.

Ministério da Saúde (2006c). *Hipertensão arterial*. Portal da Saúde. Acedido em 10 maio de 2011, em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/hipertensao+arterial.htm>

Ministério da Saúde (2007). *Benefícios da Actividade Física*. Portal da Saúde. Acedido em 10 de maio de 2011, em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/actividade+fisica/beneficios+actividade.htm>

Ministério da Saúde (2009). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: caderno de encargos*. Direção Geral da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 20 de agosto de 2011 em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006757.pdf>.

Ministério da Saúde (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: pensar saúde*. Direção Geral da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 20 de agosto de 2011 em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006757.pdf>.

Ministério da Saúde (2010b). *Cancro da pele*. Portal da Saúde. Acedido em 10 maio de 2011, em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+de+pele/cancro+dapele.htm>

Ministério da Saúde (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: estratégias para a saúde II – perfil de saúde em Portugal* (versão discussão). Direção Geral da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 20 de agosto de 2011 em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006757.pdf>.

Moltó, M. (2002). *Introducción a los métodos de investigación en educación*. Madrid: Editorial EOS.

Navarro, M. F. (1999). Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas. In Precioso, J.; Viseu, F.; Dourado, L.; Vilaça, T.; Henriques, R. & Lacerda, T. (Coord.), *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.

Nunes & Breda (2001). *Manual para uma alimentação saudável em jardins- de- infância*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

O.M.S. (1978). *Declaração de Alma Ata sobre cuidados de saúde primários*. Alma Ata, URSS: OMS. Acedido em 2 de Abril de 2010 em <http://www.dgs.pt/>.

- O.M.S. (1985). *As metas de saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.
- O.M.S. (1986). *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa: OMS. Acedido em 2 de Abril de 2010 em <http://www.dgs.pt/>.
- O.M.S. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Acedido em 6 de Maio de 2011 em [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf).
- O.M.S. (2005a). *Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol – 58ª Asamblea Mundial de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- O.M.S. (2005b). *Politique de la Région Européenne de l’OMS en matière d’alcool : situation actuelle et perspectives*. Copenhague, Bucarest: Organisation Mondiale de la Santé
- O.M.S. (2007). *Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol – 2ª Reunión 2006*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pais Ribeiro, J. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. 2.ª edição. Coimbra: Quarteto.
- Phipps, W.; Sands, J. & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ª edição. Loures: Lusociência.
- Precioso J. (2001a). *Aprende a cuidar de ti*. Braga: Associação para a Prevenção e Tratamento do Tabagismo de Braga.
- Precioso, J. (2001b). *Educação para a prevenção do comportamento de fumar – Avaliação de uma intervenção pedagógica no 3º ciclo do ensino básico*. Tese de Doutoramento (não publicada). Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

- Precioso, J. (2004a). Educação para a Saúde na Universidade: um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, 3, 2, 161-170. Acedido em 3 de Junho de 2010 em [http://www.saum.uvigo.es/reec/volumenes/volumen3/Numero2/ART3\\_Vol3\\_N2.pdf](http://www.saum.uvigo.es/reec/volumenes/volumen3/Numero2/ART3_Vol3_N2.pdf).
- Precioso, J. (2004b). Educação para a Saúde na Escola: Um direito dos alunos que urge satisfazer. *O Professor*, 85, 17-24. Acedido em 3 de Junho de 2010 em <http://hdl.handle.net/1822/3980>
- Rice, F. Philip. (2000). *Adolescência: desarrollo, relaciones y cultura*. 9.ª edição. Madrid: Prentice Hall.
- Rito, A., & Breda, J. (2006). Um olhar sobre a estratégia de nutrição, actividade física e obesidade na União Europeia e em Portugal. *Nutricias*, 14-17.
- Sá Júnior, L. S. (2004). Desconstruindo a definição de saúde. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, 10, 2, 15-16. Acedido em 12 de Novembro de 2010 em <http://www.dis.unifesp.br/pg/Def-Saude.pdf>.
- Sala, E. & García, P. (2005). *Odontologia preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. 3.ª edição. Barcelona: Elsevier.
- Sampaio, D. (1993). *Vozes e ruídos: Diálogo com adolescentes*. 6ª edição. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D.; Baptista, M.; Matos, M. & Silva, M. (2007). *Grupo de Trabalho de Educação Sexual/Saúde. Relatório Final*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Sanmartí, L. (1988). *Educación Sanitaria: principios, métodos e aplicaciones*. Madrid: Diaz de Santos.

- Santos, J. (1999). Preocupações dos adolescentes e algumas práticas dos seus estilos de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 17, 2, 27-42.
- Sanz, C. (1993). *Tabaco, Alcohol y Educacion: una actuacion preventiva*. Toledo: Junta de Comunidades de Castilla – La Mancha.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 10, 1403-1409.
- Tones, K. (1986). The methodology of health education, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 13, 79, 5-7.
- Tones, K. & Tilford, S. (1994). *Health education - effectiveness, efficiency and equity*. 4ª edição. London: Chapman & Hall.
- Veloso, S.; Matos, M. & Veloso, N. (2009). O crescimento e o corpo. In Matos, M. & Sampaio, D. (Coord.), *Jovens com saúde: diálogo com uma geração*. Lisboa: LeYa, Texto Editores.
- Vilaça, T. (2007a). *Acção e competência de acção em educação sexual: uma investigação com professores e alunos do 3.º ciclo do ensino básico e do ensino secundário*. Tese de Doutoramento (não publicada). Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Vilaça, T. (2007b). Dos modelos de educação para a saúde tradicionais aos modelos de capacitação: abordagens metodológicas da educação sexual em Portugal do 7.º ao 12.º ano de escolaridade. *Boletín das ciencias*, 20, 64, 97-98.
- W.H.O. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Acedido em 2 de Abril de 2011 em [http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/constitution.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf).
- W.H.O. (1996). *Preparation and use of food-based dietary guidelines*. Geneva: WHO

W.H.O. (1998a). *Nutrition: An Essential Element of a Health Promoting School*. Geneva: WHO

W.H.O. (1998b). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO

## LEGISLAÇÃO

Despacho n.º 1916/2004 (2ª série). Publicado no Diário da República n.º 33, Série II, de 28 de Janeiro. *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre os Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Ministério da Saúde.

Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série). Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de junho. *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Ministério da Saúde.

Despacho n.º 15.987/2006. Despacho interno do Senhor Secretário de Estado da Educação, de 27 de setembro de 2006.

Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, de 7 de fevereiro de 2006, acedido em 16 de Novembro de 2010 em [http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1CEEF249-8AA5-4B5F-BA05866C7D3D57E8/0/ProtocoloME\\_MS.pdf](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1CEEF249-8AA5-4B5F-BA05866C7D3D57E8/0/ProtocoloME_MS.pdf)



## **ENDEREÇOS ELETRÓNICOS**

<http://www.hbsc.org/>

<http://aventurasocial.com/>

[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_main](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main)

<http://www.dgs.pt/>

<http://www.ligacontracancro.pt/>

<http://www.min-saude.pt/portal>

[http://www.dgrhe.min-edu.pt/\\_main/](http://www.dgrhe.min-edu.pt/_main/)

<http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/>



# **ANEXOS**



# **ANEXO I**



**Disciplina de Ciências da Natureza**

**Questionário n.º 1 – APARELHO DIGESTIVO**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

**BOCA (dentes e língua)**

O que deves <b>evitar</b> fazer para teres uma boca saudável?	O que deves <b>fazer</b> para teres uma boca saudável?

**SISTEMA DIGESTIVO - Boca, Faringe, Esófago, Estômago, Intestino delgado, Intestino grosso, Reto, Ânus e Glândulas Anexas (Glândulas salivares, Pâncreas e Fígado)**

O que deves <b>evitar</b> fazer para teres um sistema digestivo saudável?	O que deves <b>fazer</b> para teres um sistema digestivo saudável?



**Disciplina de Ciências da Natureza**

**Questionário n.º 2- APARELHO RESPIRATÓRIO**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**

**(Fossas nasais, Faringe, Laringe, Traqueia, Brônquios, Bronquíolos, Alvéolos e Pulmões)**

O que deves <b>evitar</b> fazer para teres um sistema respiratório saudável?	O que deves <b>fazer</b> para teres um sistema respiratório saudável?



**Disciplina de Ciências da Natureza**

**Questionário n.º 3- APARELHO CIRCULATORIO**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

**SISTEMA CIRCULATORIO (Coração e Vasos Sanguíneos)**

O que deves <b>evitar</b> fazer para teres um sistema circulatório saudável?	O que deves <b>fazer</b> para ter um sistema circulatório saudável?



## Disciplina de Ciências da Natureza

### Questionário n.º 4 - APARELHO EXCRETOR

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

#### **PELE**

O que deves <b>evitar</b> fazer para teres uma pele saudável?	O que deves <b>fazer</b> para teres uma pele saudável?

#### **SISTEMA URINÁRIO** (rins, ureteres, bexiga e uretra)

O que deves <b>evitar</b> fazer para teres um sistema urinário saudável?	O que deves <b>fazer</b> para teres um sistema urinário saudável?



**Disciplina de Ciências da Natureza**

**Questionário n.º 5 - APARELHO REPRODUTOR**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

**SISTEMA REPRODUTOR**

**Masculino:** pénis, escroto, testículos, canais deferentes, vesículas seminais, próstata e uretra.

**Feminino:** vulva, vagina, útero, trompas de Falópio e ovários.

O que deves <b>evitar</b> fazer para teres um sistema reprodutor saudável?	O que deves <b>fazer</b> para teres um sistema reprodutor saudável?