APRENDER A ESCOLHER: PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO ESCOLAR*

M. Graça Pereira
Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Portugal

Lucinda Sarrico, Sílvia Oliveira & Sérgio Parente
Psicólogos Clínicos e da Saúde

Resumo – *Os autores apresentam um programa de intervenção em grupo com crianças entre os 8 e os 10 anos. Um design de pré-post test com grupo controlo foi utilizado. O programa baseou-se no estilo de vida e focou essencialmente os hábitos alimentares, exercicio fisico e comportamentos de risco. Uma equipa multidisciplinar de pais, professores e psicólogos participou no programa. Uma descrição das práticas de saúde das crianças e os resultados da eficácia do programa são apresentados e discutidos.*

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da saúde, crianças, intervenção em escolas primárias.
KEYWORDS: Health Promotion, children, basic school´s intervention.

INTRODUÇÃO

Os dados dos estudos epidemiológicos têm evidenciado cada vez mais, a importância da necessidade da promoção de comportamentos de saúde enfatizando a relação entre os principais problemas de saúde que afectam a humanidade e os estilos de vida actuais (Doll e Hill, 1954; Smith e Krauss, 1998; Wooley e Wooley, 1984).

Com a emergência do modelo biopsicossocial (Engel,1977), o reconhecimento e impacto do papel do comportamento nos fenómenos da saúde tornou-se de extrema importância, contribuindo assim para uma abordagem mais complexa e multidisciplinar da prevenção e controlo da doença (Gentry, 1984). A psicologia da saúde adquire então conhecimentos de diversas áreas da psicologia e de outras ciências com vista à promoção e

Toda a correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: M. Graça Pereira, Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4700 Braga, Portugal, Telf: (253)604267; email: gracep@iep.uminho.pt.

 © Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho

manutenção da saúde em relação à prevenção da doença e às políticas de saúde que visam a melhoria do bem estar das pessoas (Matarazzo,1982). Assim, na promoção da saúde, a eliminação de comportamentos de risco nas fases mais precoces do desenvolvimento humano passou a ser um aspecto primordial de intervenção em vez de se centrar exclusivamente na doença (Michael,1982). A necessidade de identificar métodos de intervenção comunitária com carácter preventivo e de desenvolver programas de investigação sobre os determinantes da aquisição precoce de práticas de saúde (Diekstra,1990), tornou-se o alvo de intervenção.

A escola, constitui um espaço e tempo privilegiados, para influenciar e orientar as atitudes e valores no sentido positivo da vida humana ao longo de toda a escolaridade do aluno(a). Aprender comportamentos de saúde na escola — Escola Promotora de Saúde, requer que os alunos não só adquiram conhecimentos como também adquiram competências que lhes permitam por em prática aquilo que aprendem, optando preferencialmente por estilos de vida saudáveis (Natário, 1993). Assim, a promoção de saúde perspectiva os alunos como actores e com sentido de autoria do seu próprio desenvolvimento. Para que este objectivo seja atingido, é importante contextualizar este tipo de intervenções numa dimensão ecológica mais vasta, quer a partir de diferentes contextos (físico, familiar, escolar, social, cultural e económico), quer a partir de diferentes agentes (pais, professores, médicos, psicólogos, educadores e outros profissionais), que passam a ser modelos de identificação para mais novos. Neste sentido, o nosso estudo teve o cuidado de incluir diferentes intervenientes (alunos, pais, professores, nutricionistas, professores de educação física, médicos e psicólogos), partilhando o sentido de intervenção multidisciplinar. A par de outros estudos (Sells & Blum,1996), a presente acção-investigação centrou-se em hábitos de saúde e comportamentos de risco em indivíduos que se encontram numa fase inicial do ciclo de vida, visto estes serem mais facilmente aprendidos nessa altura.

A literatura sugere que as práticas de saúde tendem a iniciar-se em idades cada vez mais precoces relativamente ao passado e estão associados com um aumento das taxas de morbilidade e mortalidade nas crianças e adolescentes, tendo este fenómeno sido apelidado de "Risk Behavior Epidemic" (Diclemente, R., Hansen & Ponton,1996). Estes dados conduziram, no nosso país, ao desenvolvimento e implementação de programas de prevenção no contexto escolar dirigidos à promoção de práticas de saúde positivas em adolescentes (McIntyre, T.M., Soares, V. e Silva, S., 1997).

A par do desenvolvimento deste tipo de programas, nos últimos anos tem surgido a necessidade de planeamento e avaliação deste tipo de intervenções e de dados epidemiológicos que confirmem a sua necessidade. Portugal encontra-se entre os países europeus em que o défice de investigação epidemiológica sistemática tem estado relacionada com uma relativa negligência na área da educação para a saúde, o que pode reflectir uma dificuldade na aplicação do modelo biopsicossocial e da abordagem multidisciplinar no planeamento e avaliação dos programas de promoção de saúde.

No presente estudo, pretendemos avaliar as práticas alimentares e as práticas de saúde (higiene e exercício físico) numa amostra de crianças do 3º e 4º ano de quatro escolas do

ensino básico do distrito de Braga. A nossa escolha em termos do programa de intervenção deve-se ao facto da alimentação, higiene e desporto serem extremamente importantes nesta idade para o bom desenvolvimento da criança como também, em termos de formação dos futuros comportamentos saudáveis. Aliás, problemas de obesidade e problemas dentários têm muitas vezes o seu início nesta faixa etária (Crandall & Biernat,1990). Por outro lado, a prática desportiva, além do desenvolvimento físico da criança tem efeitos benéficos também ao nível das competências académicas dos alunos (Cruz, A. L. S., 1998).

METODOLOGIA

1. Amostra

A amostra é constituída por 268 crianças, com idades compreendidas entre os 8 e os 13 anos, 57.7% do sexo masculino e 42.3% do sexo feminino. A maioria das crianças (99.6%) frequentava o 3º ou 4º ano do 1º ciclo do Ensino Básico, em escolas do distrito de Braga. O grau de instrução dos pais das crianças situa-se, na maioria, entre a instrução primária e secundária. O grupo experimental era constituído por 136 crianças e grupo de controlo por 131 crianças. No quadro 1 apresentam-se estes dados mais discriminados.

Quadro 1. Características demográficas da amostra (N = 268)

Variáveis demográficas		N	X	SD	%
Idade		264	8.89	1.13	100
Sexo	masculino	153	—	—	57.7
	feminino	112	—	—	42.3
Ano escolar	2º ano	1	—	—	.4
	3º ano	136	—	—	51.7
	4º ano	127	—	—	47.9
Grau de instrução do pai	Analfabeto	1	—	—	.5
	Instrução primária	77	—	—	35.8
	Ensino preparatório	58	—	—	27
	Instrução secundária	61	—	—	28.4
	Instrução superior	17	—	—	7.9
Grau de instrução da mãe	Analfabeta	1	—	—	.5
	Instrução primária	72	—	—	33
	Ensino preparatório	57	—	—	26.1
	Instrução secundária	70	—	—	32.1
	Instrução superior	17	—	—	7.8
Amostra		267	—	—	
	Grupo experimental	136	—	—	50.9
	Grupo de controlo	131	—	—	49.1

2. Instrumentos

Os instrumentos seleccionados avaliam os hábitos alimentares: Questionário de Hábitos Alimentares preenchido pelas crianças e a *Checklist* de Alimentos preenchida pelos pais; as práticas de saúde: Questionário de Práticas de Saúde, incluem um questionário demográfico.

Todos os instrumentos foram desenvolvidos pela equipa responsável pelo programa e foram sujeitos a um estudo exploratório antes da administração.

Questionário de Hábitos Alimentares.

Preenchido pelas crianças, avalia os comportamentos e crenças das crianças em relação a refeições e alimentos incluídos na Roda dos Alimentos. Os 24 itens avaliam as refeições feitas habitualmente, o consumo, ou não, de determinados alimentos, a frequência desse consumo para alguns alimentos, a percepção das crianças em relação à necessidades de incluir certos alimentos no regime alimentar ("Achas que se deve comer ...?") e as crenças das crianças em relação a alguns desses alimentos ("Porque é que achas que se deve/não deve comer ...?"). Na análise dos dados foi considerado o consumo, frequência e percepção das crianças em relação aos alimentos e às refeições feitas habitualmente. As crenças foram apenas trabalhadas nas sessões onde se procurou reestruturar sempre que necessário crenças desadequadas em relação aos alimentos.

Checklist de Alimentos.

Composta por 4 itens, preenchida pelos pais das crianças. Avalia o tipo de alimentos normalmente consumidos pelo agregado familiar, as refeições habituais que a criança faz, e a composição geral das refeições.

Questionário de Práticas de Saúde.

Questionário composto por 5 itens, preenchido pelas crianças. Pretende avaliar as práticas de saúde das crianças em termos de comportamentos de risco (nomeadamente, consumo de álcool e tabaco) e práticas de saúde (prática de desporto e comportamentos de higiene).

Questionário Demográfico

Este questionário incluía itens referentes à idade, ano de escolaridade das crianças, habilitações literárias dos pais e profissão dos pais.

3. Procedimento

Para a constituição da amostra contactaram-se 6 escolas do 1º ciclo do Ensino Básico abrangidas pela Equipa de Saúde Escolar do Centro de Saúde de Braga II. Foi marcada uma reunião com as directoras das escolas neste Centro de Saúde e foram explicitados os objectivos

da intervenção a realizar. Ficaram determinadas quais as escolas que participariam no programa e quais seriam as escolas de controlo com base no numero de alunos (pretendia-se que as escolas tivessem o numero semelhante de alunos). A decisão de qual seria o grupo de controlo ou grupo experimental foi deixada ao critério das directoras, consoante o interesse e disponibilidade para participação no programa. Posteriormente foi solicitada a autorização dos encarregados de educação de todos os alunos (do grupo de controlo e do grupo experimental) através de um panfleto onde se descrevia os objectivos gerais e duração do programa.

Cada sessão teve lugar uma vez por semana e contava com a participação dos alunos do 3º e do 4º ano reunidos na mesma sala. As sessões tinham inicio às 8:30h de forma a não perturbar o funcionamento das aulas e contavam com a presença das professoras das respectivas turmas. As sessões foram orientadas por estagiários de psicologia. Da equipa multidisciplinar, além dos professores, participou uma nutricionista na sessão de pais sobre promoção de hábitos alimentares saudáveis e dois professores de educação física nas sessões de promoção da actividade física. As sessões de pais contaram também com a participação da psicóloga coordenadora do programa.

3.1. O programa "Aprender a Escolher!"

Programa de promoção de comportamentos saudáveis, dirigido a crianças do 3º e 4º ano do 1º ciclo do Ensino Básico (com capacidade de leitura e escrita). Optou-se por um modelo de intervenção de grupo, de modo a rentabilizar as sessões.

O programa visa a promoção de um estilo de vida saudável. Trata-se de um programa estruturado, com o total de 8 sessões semanais, cada sessão com duração aproximada de 1 hora e meia. A 1ª sessão é dedicada à avaliação inicial dos comportamentos alimentares e práticas de saúde das crianças. A 2ª sessão, realizada em grupo, é dedicada exclusivamente aos pais, e tem por objectivo a apresentação da equipa, do programa e o esclarecimento sobre uma alimentação saudável (realizado pela nutricionista). Os pais preenchem a checklist de alimentos. A 3ª sessão, realizada com as crianças, visa a apresentação e motivação para o envolvimento no programa e explora a motivação, expectativas e crenças das crianças. A 4ª sessão procura promover hábitos alimentares saudáveis e foca sobretudo a roda dos alimentos. A 5ª sessão é dedicada à promoção de hábitos de higiene adequados, a 6ª promove o envolvimento na actividade física. A 7ª sessão abordou questões de assertividade em termos de grupo de pares, e finalmente a 8ª sessão procura fazer a avaliação final (pos-teste), sintetizar os conteúdos abordados ao longo do programa, fazer a despedida do grupo (através de uma actividade lúdica). A 9ª sessão, é dedicada aos pais, visa rever e sintetizar o que foi feito ao longo do programa, reforçando o envolvimento dos pais na manutenção dum estilo de vida saudável (pais como agentes no comportamento de saúde dos filhos).

RESULTADOS

1. Amostra total

1.1. Caracterização dos hábitos alimentares.

O quadro 2 apresenta as frequências e percentagens dos alunos que fazem habitualmente as principais refeições — pequeno almoço, almoço, lanche e jantar.

Quadro 2 - Refeições habituais

Refeições habituais		N	%
Habitualmente toma o pequeno almoço	Sim	247	96.9
	Não	8	3.1
Toma o pequeno almoço	Todos/dias	204	85.7
	Às vezes	29	12.2
	Rara/nunca	5	2.1
Almoça habitualmente	Sim	256	99.6
	Não	1	0.4
Lancha habitualmente	Sim	245	97.2
	Não	7	2.8
Janta habitualmente	Sim	254	99.2
	Não	2	0.8

A maioria dos alunos normalmente faz as quatro refeições principais. Por ordem decrescente pode-se constatar que as refeições mais frequentemente dispensadas são: pequeno almoço (3.1% dos alunos diz não o tomar e 14.3% diz tomá-lo por vezes ou raramente), lanche (2.8%), jantar (8%) e finalmente o almoço (4%).

No quadro 3 são apresentadas as frequências e as percentagens do número de alimentos que as crianças conhecem e que estão incluídos na roda dos alimentos.

Quadro 3 – Alimentos incluídos na Roda dos Alimentos

Hábitos e crenças alimentares		N	%
Alimentos incluídos na roda	igual a 0	1	0.4
(respostas certas)	de 1 a 3	2	0.8
	de 4 a 6	2	0.8
	de 7 a 9	37	15.2
	todos	202	82.8
Alimentos não incluídos na roda	igual a 0	9	3.6
(respostas certas)	de 1 a 3	36	14.4
	todos	205	82

Uma análise do quadro 3 revela que 83% das crianças responderam acertadamente a todos os alimentos incluídos na roda dos alimentos e 82% responderam acertadamente a todos os alimentos não incluídos na roda dos alimentos.

Dos resultados apresentados no quadro 4 e de acordo com o relato das crianças, salienta-se que 12.8% das crianças bebem café, 12% bebem 2 a 5 copos de coca-cola por dia, 12.3% não consomem leite ou iogurtes e 63.2% não come queijo diariamente. No entanto, as crianças parecem ter noção da necessidade de consumir produtos do grupo I pois, apenas 2% considera que não se deve consumir leite ou iogurtes diariamente e 14% tem essa opinião em relação ao queijo. O grupo mais problemático em termos da dieta alimentar desta amostra parece ser o dos vegetais/legumes e fruta (grupo V): 23.1% diz não comer fruta regularmente, valor que aumenta em relação aos legumes/vegetais — 43.7%. Os resultados mostram ainda que 28.4% dos alunos consome fruta ou vegetais mais do que uma vez por semana, mas não diariamente, e 8.6% raramente consome estes produtos. Apesar do consumo não generalizado destes produtos alimentares, as crianças parecem ter noção da necessidade de os incluir no regime alimentar — apenas 4.8% e 6.4% considera que não se deve comer diariamente fruta e legumes/vegetais respectivamente.

Quadro 4 – Consumo e crenças sobre os alimentos

Hábitos e crenças alimentares		N		%	
		Consome	Considera que se deve consumir (N)	Consome	Considera que se deve consumir(%)
Café	Sim	29		12.8	
	Não	197		87.2	
Coca-Cola/Pepsi	Rara/nunca	123		56.7	
	1 copo/dia	68		31.3	
	2/4 cop/dia	19		8.8	
	+ 5 cop/dia	7		3.2	
Pão todos os dias	Sim	201	232	79.4	94.8
	Não	52	14	20.6	5.7
Leite ou iogurtes regularmente	Sim	222	249	87.7	98
	Não	31	5	12.3	2
Queijo todos os dias	Sim	93	215	36.8	86
	Não	160	35	63.2	14
Manteiga/tulicreme	Sim	203	115	79.9	45.5
	Não	51	138	20.1	54.5
Fruta regularmente	Sim	196	240	76.9	95.2
	Não	59	12	23.1	4.8
Vegetais ou legumes regularmente	Sim	143	233	56.3	93.6
	Não	111	16	43.7	6.4
Fruta ou vegetais	1 + vez/dia	106		39.6	
	+ 1 vez/ semana	76		28.4	
	Rara/nunca	23		8.6	
Sopa todos os dias	Sim	145	249	59.9	98.4
	Não	97	4	40.1	1.6
Massa/arroz/batatas todos os dias	Sim	100	231	39.7	90.9
	Não	152	23	60.3	9.1
Peixe ou ovos todos os dias	Sim	42	42	15.7	15.7
	Não	211	211	78.7	78.7
Bolos e chocolates regularmente	Sim	31	30	11.6	12
	Não	226	219	84.3	88
Alimentos fritos regularmente	Sim	41	59	16.1	23.7
	Não	214	190	83.9	76.3
Carne todos os dias	Sim	69	100	26.8	37.3
	Não	188	151	73.2	56

Quadro 7 - Práticas de Saúde

Comportamentos		N	%
Faz desporto na escola	Sim	189	78.1
	Não	53	21.9
Faz desporto fora da escola	Sim	159	67.4
	Não	77	32.6
Gostava de fazer mais desporto	Sim	213	87.3
	Não	30	12.3
Toma banho todas as semanas	Sim	240	97.2
	Não	7	2.8
Quantos banhos por semana	1-2	118	52
	3-4	63	27.7
	5-6	10	4.4
	7	36	15.9
Lava dentes todos os dias	Sim	217	87.1
	Não	32	12.8
Lava dentes com que frequência por dia	0	4	2
	1-2	100	50.2
	3-4	81	40.7
	5-7	14	7

Uma análise dos resultados revela que na maioria dos agregados familiares há um ou dois elementos que fuma (50%) ou nenhum fumador (45.4%). 2% das crianças já fumou, 1.2% fuma actualmente. 3.2% consome bebidas alcoólicas. A prática de desporto não é generalizada: 21.9% não pratica desporto na escola e 32.6% não o faz fora da escola.

Em termos de hábitos de higiene 2.8% das crianças não toma banho todas as semanas e 52% fá-lo 1 a 2 vezes por semana. 40% das crianças tem uma boa higiene dentária dado que lavam os dentes três a quatro vezes ao dia.

1.3. Avaliação do Programa de Intervenção

Os resultados mostraram diferenças significativas entre o grupo de controle e o grupo experimental ao nível dos hábitos alimentares das crianças (t= .006 p .05). Os dois grupos não diferiam entre si no pré-teste.

Em relação aos pais (avaliados através da checklist de alimentos), verificou-se existir associação entre a pertença a um dos grupos e a composição do lanche. As crianças do grupo experimental significativamente, na opinião dos pais, passaram a lanchar ou a levar para a escola mais fruta, pão e leite/iogurtes quando comparadas com as crianças do grupo contrôle (Chi^2 = .025, p .05).

Ao nível das práticas de Saúde não se registaram diferenças significativas entre o grupo experimental e o grupo controle. Pensamos que este resultado se deve por um lado ao facto do programa dedicar às práticas de saúde (higiene e comportamentos de risco) uma única sessão, já que o conteúdo do programa versou essencialmente os hábitos alimentares (6 das 9 sessões), mas sobretudo, devido ao facto de já ao nível do préteste 41% das crianças lavar os dentes 3-4 vezes por dia e 32% tomar banho entre 3 a 6 vezes por semana, resultados bastante elevados e portanto pouco susceptíveis a mudança. Em relação à prática desportiva só um estudo posterior de follow-up é que permitiria avaliar as diferenças entre os dois grupos .

Ao nível das práticas de saúde estes resultados a nosso ver mostram a eficácia dos conteúdos programáticos dos cursos do ensino básico que incluem módulos de higiene e que, a avaliar pelos resultados obtidos, têm tido um impacto muito positivo nos alunos.

CONCLUSÃO

Gostaríamos de começar por realçar a necessidade de criar nas escolas, programas de promoção da saúde ao nível dos hábitos alimentares. Na realidade, a percentagem de alunos que toma café nas escolas inquiridas é alta (13%) bem como o não consumo de leite e produtos seus derivados essenciais no crescimento das crianças (12%). O mesmo acontece com o consumo da fruta e vegetais (23% não consome fruta e 44% não consome vegetais).

Em termos de práticas de saúde, felizmente que em percentagens muito reduzidas, existem crianças que fumam (3 sujeitos) e que consomem álcool (8 sujeitos). Dada a faixa etária da nossa amostra estes dados adquirem um relevância em termos de programas de promoção e prevenção de comportamentos de risco.

Não gostaríamos de terminar sem referir a necessidade dum follow-up aos 6 e 12 meses no sentido de averiguarmos se as diferenças entre o grupo controle e experimental se mantém. Gostaríamos também de referir a necessidade de criar programas de intervenção em relação a hábitos alimentares diferenciados dos programas de prevenção de comportamentos de risco, uma vez que para dar a devida a atenção a ambos aspectos num só programa, este terá que ser muito longo com detrimento para as crianças que nele participam.

Finalmente, queremos salientar a importância das equipas multidisciplinares nestes programas em que os pais, professores e diferentes profissionais de saúde participam no sentido de modelar e alargar o contexto do impacto das intervenções.

NOTA

* O programa de intervenção descrito neste estudo foi financiado pelo programa PEPT 2000. A análise e tratamento dos dados foi apoiada pelo Centro de Estudos em Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Gostaríamos de agradecer à Dr.ª M. José Cabrita do Centro de Saúde de Braga II toda a

colaboração prestada e aos professores e directores das escolas que gentilmente colaboraram connosco no programa "Aprender a Escolher".

REFERÊNCIAS

Bluechardt, M. H., Wiener, J. & Shepard, R. J. (1995). Exercice Programmes in the Treatment of Children with Learning Disabilities. *Sports Medicine. 19*(1), 55-72.

Crandall, C., & Biernat, M. (1990). The ideology of anti-fat attitudes. *Journal of Applied Social Psychology, 20*, 227-243.(WHO,1990).

Cruz, A. L. S., (1998). *I Congresso Nacional de Educação para a Saúde.* Universidade do Minho.

Diclemente,R., Hansen & Ponton,(1996). Adolescents at risc: A generation in jeopardy. In R. Diclemente, W. Hansen & L. Ponton (Eds.), *Handbook of adolescent health risk behavior*

(p.1-5). New York: Plenum Press.

Diekstra F. W. (1990). Public Health Psychology: On the role of psychology in health care in the 21 st century. In *European Perspectives in Psychology*, Chischester, Jonh Wiley, 2.

Doll, R.; Hill, A. B. (1954). The mortality of doctors in relation to their smoking habits: A Preliminary report. *British Medical Journey, 1,* 1451-5

Engel, (1977). The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedecine, *Science, 196*, 129-136.

Gentry,W.; (1984). Behavioural Medicine: A new research paradigm. In W. Gentry (ed.), *Handbook of Behavioral Medecine* (p.1-12). New York: The Guilford Press.

Matarazzo,J. D. (1982). Behavioral health`s challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist,* 37,1, 1-14.

McIntyre, T.M., Soares, V. e Silva, S.,(1997). Hábitos de saúde e comportamentos de risco na adolescência: implicações para a prevenção. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática* (p.219-232).

Michael, J. (1982). The second revolution in health: health promotion and its envioronmental base. *American Psychologist, 37*,8,936-941.

Natário, E. (1993). *Escola promotora de saúde. Conceitos e princípios de intervenção*, Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Sells C. &Blum,(1996). Current trends in adolescent health. In R. Diclemente, W. Hansen, & L. Ponton (Eds.), *Handbook of adolescent health risk behavior* (p.5-28). New York: Plenum Press.

Sime, W. E.(1984). Psychological beneficits of exercice training in the healthy individual. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. Herd, N. E. Miller, & Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention.* New York: Wiley.

Smith, G.S.; Krauss, J.F. (1998).Alcohol and residential, recreational, and occupational injuries: A review of the epidemiologic evidence. In L. Breslow, J.E. Fielding e L.B. Lave (Eds), *Annual Review of Public Health, vol. 9.* Palo Alto, CA: Annual Reviews Inc.

WHO, (1990). Health Promoting School-Best of European Schools. In *Counsil of Europe, European Conference of the Promoting of Education for Health, Health Education in Schools: A training manual for teachers*, Stransbourg.

Wooley, S.C. e Wooley, O. W.(1984). Should obesity be treated at all ?in A .j. Stunkard e E. Stellar (Eds). *Eating and its disorders.* Nova Iorque: Raaven Press.

HEALTH PROMOTION IN THE SCHOOL CONTEXT: AN INTERVENTION WITH CHILDREN 8 TO 10 YEARS OLD

Abstract – *The authors present a grpup intervention with children ages 8 to 10. A pre-post test design with control group was used. The intervention focused on lifestyle and emphasized eating habits, physical exercise and risky behaviors. A multidisciplionary team of parents, teachers and professors participated. A description of children´ health practices and the results of the eficay of the program are presented and discussed.*