

SAÚDE DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR DE ENFERMAGEM:

ESTUDO DE CONTEXTO NA
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE COIMBRA

STUDENTS' HEALTH IN HIGHER NURSING EDUCATION:

CONTEXT STUDY AT THE NURSING
SCHOOL OF COIMBRA

Série Monográfica | **Monographic Series**
Educação e Investigação | **Health Sciences Education**
em Saúde | **and Research**

12

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Health Sciences Research Unit: Nursing
Nursing School of Coimbra



HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT
NURSING

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM

SÉRIE MONOGRÁFICA

ISSN: 1647-9440

Editor: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)

MONOGRAFIA – Nº 12

ISBN: 978-989-98909-7-8

Coordenação: Investigadoras do Estudo, *Promoção com/em Saúde na ESEnFC*, associado ao Projeto Estruturante *Formação e desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e estudantes do ensino superior em enfermagem*.

COMO SE CITA A MONOGRAFIA (Normas APA 6ª edição)

Pedroso, R., & Brito, I. (2014). *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC).

COMO SE CITA UM CAPÍTULO (Normas APA 6ª edição)

Silva, A., & Brito, I. (2014). Instituições de ensino superior promotoras de saúde. In R. Pedroso, & I. Brito (Eds.), *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp.17-31). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC).

SAÚDE DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR DE ENFERMAGEM:

ESTUDO DE CONTEXTO NA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

STUDENTS' HEALTH IN HIGHER
NURSING EDUCATION:
CONTEXT STUDY AT THE NURSING
SCHOOL OF COIMBRA

Coord.

Rosa Maria Correia Jerónimo Pedroso
Irma da Silva Brito

Série Monográfica | Monographic Series
Educação e Investigação | Health Sciences Education
em Saúde | and Research

12

**Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**

Health Sciences Research Unit: Nursing
Nursing School of Coimbra

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

SAÚDE DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR DE ENFERMAGEM: ESTUDO DE CONTEXTO NA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

EDITOR

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

RESPONSABILIDADE DA SÉRIE MONOGRÁFICA

Manuel Alves Rodrigues, *Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Maria da Conceição Bento, *Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DA MONOGRAFIA

Rosa Maria Correia Jerónimo Pedroso, *Ph.D., Professora Adjunta na ESEnfC*

Irma da Silva Brito, *Ph.D., Professora Adjunta na ESEnfC*

AUTORES

Rosa Maria Correia Jerónimo Pedroso

Irma da Silva Brito

Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

Maria do Céu Carrageta

Rosa Cristina Correia Lopes

Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo

Regina Maria Fernandes de Jesus Ponte Ferreira Amado

Armando Manuel Marques Silva

Helena Cristina das Neves Mira Freitas

SÉRIE MONOGRÁFICA

ISSN 1647-9440

MONOGRAFIA

Número 12

ISBN: 978-989-98909-7-8

MAQUETIZAÇÃO

Eurico Nogueira, *MS em Tecnologias de Informação Visual*

REVISÃO TEXTO

Maria Manuel de Freitas Grácio

REVISÃO TÉCNICA/FINAL

Cristina Louçano, *Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

Daniela Filipa Batista Cardoso, *RN, Bolseira da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

Tatiana Sousa, *Lic. em Relações Internacionais*

Telma Vidinha, *RN – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola de Enfermagem de Coimbra*

REVISÃO DOCUMENTAL

Serviço de Documentação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

APOIO TÉCNICO

Cristina Louçano, *Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

ANO DE PUBLICAÇÃO 2014

NOTA CURRICULAR



Rosa Maria Correia Jerónimo Pedroso

Professora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Doutorada pela Universidade da Estremadura, em “*Nuevos Contextos de Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad de Vida*”, na área do *Conocimiento de Psicología Evolutiva y de la Educación*. Integra a Unidade Científico - Pedagógica de Enfermagem de Saúde da Criança e do Adolescente. É Investigadora da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), tendo como Linhas de Investigação a Formação de Profissionais de Saúde, Educação para a Saúde, a Adolescência e o Aleitamento Materno. Integra e colabora nos Projetos de Extensão: *Divulgação da Escola e escola Aberta: Ver para Querer, Aprender a escutar: Voz aos Pais* e no Projeto Estruturante inscrito na UICISA: E *Protecção, Promoção E Suporte Da Amamentação*.

Coordena o Estudo associado: *Promoção com e em Saúde na ESEnfC*.



Irma da Silva Brito

Irma da Silva Brito, nascida em Angola é especialista em Saúde Comunitária, Mestre em Saúde Pública e Doutorada em Ciências de Enfermagem. Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e colabora com Faculdade de Medicina de Coimbra, Universidade do Minho, Universidade da Beira Interior, Universidade de Cabo Verde e Universidade Agostinho Neto em Angola. Coordenadora e dinamizadora de projectos em Promoção da Saúde, Educação pelos Pares, Saúde Comunitária e Saúde Escolar. Investigadora na UICISA: E e Investigadora Principal do projeto *PEER Peer-Education Engagement & Evaluation Research* que inclui vários Estudos Associados (Antes que te Queimes, Tu Decides, Estilos de Vida em estudantes do ensino superior), com parcerias nacionais e internacionais (Angola, Brasil e Cabo Verde). Integra o comité executivo da International Collaboration for Participatory Health Research.



Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Integra a Unidade Científica Pedagógica de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária. Mestre em Ciências de Enfermagem pela Universidade do Porto. Doutoranda em Enfermagem na Universidade de Lisboa.

É Investigadora da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), colaborando nos Grupos de Investigação a Formação de Profissionais de Saúde e Educação para a Saúde e Bem-Estar, Saúde e Doença. Integra e colabora no Estudo Associado: *Promoção com e em Saúde na ESEnFC* e no Projeto Estruturante *Cuidados à família ao longo do ciclo vital*.

Integra o Conselho Pedagógico e o Gabinete de Coordenação Científico Pedagógica dos Ensinos Clínicos da ESEnFC.



Maria do Céu Mestre Carrageta

Professora Adjunta na Escola superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Doutoranda em Didática – Especialização em Supervisão. Título de Especialista em Enfermagem no âmbito do Ensino Superior Politécnico. Mestrado em Ciências da Educação - Especialização em Orientação da Aprendizagem. Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Licenciatura em Enfermagem.

Integra a Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem Médico-Cirúrgica. É Investigadora da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), colaborando nos Grupos de Investigação: a Formação de Profissionais de Saúde e Educação para a Saúde; Bem-estar, Saúde e Doença. Integra e colabora nos Projetos Estruturantes de Investigação: *A pessoa em fim de vida; A pessoa com doença aguda e crónica; A pessoa em situação crítica*. Integra o Estudo Associado: *Promoção com e em Saúde na ESEnFC*.

Cargo: Presidente do Conselho Pedagógico desde 2013.

mceu@esenfc.pt



Rosa Cristina Correia Lopes

Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Integra a Unidade Científica Pedagógica de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Leciona, atualmente, as unidades curriculares Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e Desenvolvimento Pessoal e Competências Relacionais em Enfermagem, no Curso de Licenciatura em Enfermagem e a unidade curricular de

Respostas Humanas nas Perturbações de Ansiedade e da Imagem Corporal no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Doutora em Ciências de Enfermagem, pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

É Investigadora da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), nos Grupos de Investigação - Formação de Profissionais de Saúde e Educação para a Saúde e Bem-estar, Saúde e Doença. Integra os Projetos Estruturantes de Investigação: *Formação e desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e estudantes do ensino superior em enfermagem; Imigração, saúde mental e multiculturalidade; Prevenção de comportamentos suicidários (Projeto + Contigo); PBE-MENTAL - Prática Baseada na Evidência em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* e no Estudo Associado *Promoção em e com Saúde na ESEnFC*.



Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo

Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Integra a Unidade Científica Pedagógica de Enfermagem Fundamental. Leciona, atualmente, as unidades curriculares de Gestão em Enfermagem, Integração à Vida Profissional, Fundamentos de Enfermagem e Opção Cuidar com Humanidade.

Mestre em Ciências da Educação pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Doutorada em Enfermagem, especialização em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem, pela Universidade Católica Portuguesa em Lisboa.

É Investigadora da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), colaborando nos Grupos de Investigação a Formação de Profissionais de Saúde e Educação para a Saúde e Sistemas e Organizações de Saúde. Integra e colabora nos Estudos Associados: *Implementação da filosofia de cuidados humanidade na ESEnfC*, *Promoção com e em Saúde na ESEnfC* e nos Projetos Estruturantes *PEER: Avaliação de projetos de Educação pelos Pares em Portugal, Brasil e Cabo Verde*, *Estudo e práticas empreendedoras*.

Integra o Gabinete de Empreendedorismo da ESEnfC. Participa no Estudo Associado Poliempreende.



Regina Maria Fernandes de Jesus Ponte Ferreira Amado

Professora da Escola Superior de Coimbra, Portugal

Doutoranda em Enfermagem na Universidade de Lisboa e Mestre em Toxicodependências e Patologias Psicossociais pela Escola de Altos Estudos de Miguel Torga. Integra a Unidade Científica - Pedagógica de Enfermagem de Saúde da Criança e do Adolescente. É Investigadora da Unidade de Investigação

em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), colaborando nos Grupos de Investigação a Formação de Profissionais de Saúde, Educação para a Saúde.

Integrou os Projetos de *Caracterização dos Estudantes da ESEBB*, *Caracterização dos Estudantes da ESEnfC*, *O(Usar) & Ser Laço Branco* da ESEnfC, participando nas áreas de formação, investigação e no Programa de intervenção *N(amor)O (Im)perfeito*. Atualmente integra e colabora no Estudo Associado *Promoção com & em Saúde na ESEnfC* e no Projeto Estruturante *PEER – Peer Education Engagement and Evaluation Research*.



Armando Manuel Marques Silva

Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – UCPEPFC; Doutorando em Enfermagem no ICS - Universidade Católica Portuguesa; Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Investigador da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E).



Helena Cristina das Neves Freitas

Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Integra a Unidade Científica Pedagógica de Enfermagem de Reabilitação.

Mestre em Ciências da Educação pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa em Lisboa.

É Investigadora da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), colaborando no Grupo de Investigação a Formação de Profissionais de Saúde e Educação para a Saúde. Integra e colabora no Estudo Associado: *Promoção com e em Saúde na ESEnfC*. Principais Áreas de Interesse Pedagógico e Científicas: Autocuidado e Reabilitação em pessoas com alterações neurológicas.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
<i>Rosa Maria Correia Jerónimo Pedroso</i> <i>Irma da Silva Brito</i>	
CAPÍTULO I	
<i>Instituições de Ensino Superior promotoras de saúde</i>	17
<i>Armando Manuel Marques Silva</i> <i>Irma da Silva Brito</i>	
1. Evolução do conceito.....	19
2. Aspetos conceptuais e metodológicos	22
3. Transformar uma instituição num contexto salutogénico: PEER-IESS.....	25
CAPÍTULO II	
<i>Um modelo de planeamento da promoção da saúde: modelo PRECEDE-PROCEED</i>	33
<i>Irma Brito</i>	
1. Planeamento em promoção da saúde.....	34
2. Promoção da saúde.....	34
2.1. Prevenção em saúde.....	35
2.2. Proteção da saúde.....	36
2.3. Educação em saúde.....	37
3. Estratégias de intervenção em promoção da saúde.....	43
3.1. Desenvolvimento pessoal.....	43
3.2. Desenvolvimento organizativo.....	44
3.3. Desenvolvimento político.....	45
4. Modelo <i>PRECEDE-PROCEED</i> : utilização em promoção da saúde.....	47
4.1. Diagnóstico social.....	49
4.2. Diagnóstico epidemiológico.....	50
4.3. Diagnóstico comportamental e ambiental.....	53

4.4. Diagnóstico educacional e organizacional.....	58
4.5. Diagnóstico político e administrativo.....	67
4.6. Uma nota sobre as estratégias de educação em saúde.....	69
5. Implementação de estratégias de promoção da saúde.....	73
6. Avaliação das intervenções de promoção da saúde e aplicabilidade em saúde comunitária.....	74
6.1. Repercussões no estado de saúde.....	77
7. Aplicação do modelo <i>PRECEDE-PROCEED</i> em enfermagem.....	78
 CAPÍTULO III	
<i>Estilos de vida e saúde</i>	85
<i>Armando Manuel Marques Silva</i>	
<i>Irma da Silva Brito</i>	
1. Evolução do conceito.....	85
2. Estilos de vida saudável.....	88
3. Como medir o estilo de vida?.....	93
4. Estilo de vida dos estudantes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.....	95
 CAPÍTULO IV	
<i>O contexto e o perfil dos estudantes</i>	103
<i>Regina Maria Fernandes de Jesus Ponte Ferreira Amado</i>	
<i>Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo</i>	
<i>Rosa Maria Correia Jerónimo Pedroso</i>	
1. Perfil dos estudantes da ESEnfC em 2004 e 2008.....	104
2. O que revelam estes dados.....	110
 CAPÍTULO V	
<i>Transições e contextos: explicando os estilos de vida dos estudantes</i>	113
<i>Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves</i>	
<i>Rosa Maria Correia Jerónimo Pedroso</i>	
<i>Regina Maria Fernandes de Jesus Ponte Ferreira Amado</i>	
1. A transição para o ensino superior.....	113
2. O uso do tempo livre, o lazer e a qualidade de vida.....	116
3. Hábitos, estilo de vida e os processos socioculturais.....	123

CAPÍTULO VI

O uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas nos estudantes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).....137

*Rosa Cristina Lopes
Rosa Melo
Helena Freitas
Irma Brito*

CAPÍTULO VII

Eles e elas: comportamentos e consumos em contextos recreativos.....147

*Filipa de Brito Homem
Irma da Silva Brito
Ana Rita Torres
Tânia Rodrigues
Fernando Joaquim Ferreira Mendes*

1. Comportamentos de risco nas festas académicas.....148
2. Colheita de dados por aconselhamento personalizado.....151
3. Resultados das intervenções de 2007 a 2013.....152
4. Discussão dos resultados obtidos nas intervenções de 2007 a 2013.....161
5. Antes que te queimes pode contribuir para reduzir o consumo abusivo de álcool....163

CAPÍTULO VIII

Desenvolvimento conceptual sobre enfermagem: a trajetória de pensamento dos estudantes.....167

*Maria do Céu Mestre Carrageta
Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves
Helena Cristina das Neves Mira Freitas*

1. A conceptualização da enfermagem pelos estudantes no início e final da licenciatura....168
2. Os *significados* do conceito de Enfermagem.....174
3. Tecendo algumas reflexões.....179

CAPÍTULO IX

Desenvolvimento de competências relacionais e desempenho académico.....185

*Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo
Rosa Cristina Correia Lopes
Helena Cristina das Neves Mira Freitas*

1. Competências relacionais186

2. Evidências da prática de enfermagem.....	188
3. Modelo reflexivo no ensino de enfermagem.....	195
4. Síntese reflexiva.....	197

NOTA FINAL

<i>Desafios para a Promoção com e em saúde na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)</i>	203
--	------------

Rosa Maria Correia Jerónimo Pedroso

Armando Manuel Marques Silva

Irma da Silva Brito

Maria do Céu Mestre Carrageta

Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

Regina Maria Fernandes de Jesus Ponte Ferreira Amado

Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo

Rosa Cristina Correia Lopes

INTRODUÇÃO

ROSA MARIA CORREIA JERÓNIMO PEDROSO
IRMA DA SILVA BRITO

Atualmente, a escolha de uma atividade profissional para os jovens representa o primeiro grande obstáculo a vencer, pois estão sujeitos, cada vez mais, a múltiplos condicionalismos, o que pode interferir nas suas expectativas. Por vezes, o estudante não opta pelo curso que corresponde aos seus ideais, mas pelo que a sociedade lhe oferece ou pelo que lhe proporciona algumas garantias no futuro. E todos estes condicionalismos, dificuldades e frustrações podem não permitir aos jovens a concretização dos seus desejos e expectativas de realização pessoal ou profissional. Por outro lado, há evidência de que a passagem pelo ensino superior fomenta a alteração dos estilos de vida, o que nem sempre é favorecedor de bem-estar.

As modificações no sistema de ensino da enfermagem e a crescente procura do curso aliada ao aumento do número de estudantes têm constituído desafios ao nível dos modelos de formação em enfermagem e têm sido motivo de reflexão no seio do corpo docente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC). O que leva os jovens a escolher o curso de enfermagem? Será que a escolha deste curso corresponde à sua primeira opção? Quem são os estudantes que escolhem este curso? Porque escolhem a ESEnC? Estas são as questões que deram origem a vários estudos que se compilam neste livro.

Existe a percepção de que Coimbra é uma cidade universitária com forte tradição académica, bastante apelativa para os estudantes, pelo que poderá constituir motivação para a escolha da ESEnC, mas persiste a dúvida quanto à existência de outras razões e motivações já que não é a única escola de enfermagem. Quanto à opção pelo curso, terá a ver com a tendência atual na preferência pelas formações na área da saúde? Estará a imagem social da profissão em mudança ou a elevada nota de candidatura aos cursos na área de saúde interferirá nesta escolha? Por outro lado, os diferentes modos como os estudantes utilizam o seu tempo e como modificam o seu estilo de vida têm constituído focos de atenção em virtude das importantes consequências no seu desenvolvimento e realização. Mas será que a passagem pelo curso de enfermagem modifica os estilos de vida? Se sim, de que modo? Dessa forma, uma compreensão do estilo de vida dos estudantes, dos seus padrões de gestão do tempo, tipos de lazer e participação em

atividades académicas, reveste-se de grande importância na medida em que pode auxiliar na tomada de medidas promotoras de saúde. Neste contexto, entendeu-se que o conhecimento de alguns dados sobre a nossa população estudantil permitirá adequar estratégias de formação em enfermagem já que, como comprovam diversos estudos, a aprendizagem do cuidar beneficia quando também se é cuidado.

A resposta a estas questões poderá não ser alheia às repercussões dos atuais programas de ensino e à forma como os saberes científicos são produzidos, transmitidos e relacionados com a sua aplicação prática (pelo que a sua problematização se torna necessária de forma a discutir, não só as implicações sociais e profissionais, mas também os modelos de formação em enfermagem). Neste contexto, entendeu o Conselho Científico que o conhecimento de alguns dados sobre a nossa população estudantil permitiria adequar estratégias de formação em enfermagem e orientar estratégias de promoção da saúde. Ao propor a realização de um estudo que caracterizasse os estudantes, desde as suas origens geográficas e familiares à trajetória pessoal e escolar, bem como aspetos relacionados com os seus hábitos e práticas em saúde além de opiniões sobre a enfermagem, entendeu-se que esse conhecimento permitiria ajudar a promover e/ou manter estilos de vida saudável, assim como trabalhar a conceção da disciplina e da profissão de enfermagem a partir da realidade encontrada nos estudantes.

Este livro concretiza um pouco da história e processo de evolução do Estudo Associado *Promoção em e com Saúde na ESEnfC*, consecução de vários estudos iniciados no ano letivo de 2004/2005, sob a proposta do Conselho Científico da então Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto (ESEBB), onde se decidiu criar um grupo de trabalho para desenvolver um estudo sobre a população estudantil. Constituiu-se uma equipa com 10 professores nomeados pelos respetivos Núcleos Científicos (estruturas organizativas científico-pedagógicas vigentes na altura) e por um estudante designado pela Associação de Estudantes, que foi responsável pelo estudo - *Caracterização dos estudantes da ESEBB* em 2005. Neste trabalho, apresentou-se o perfil dos estudantes, descrevendo-se as suas origens geográficas e familiares, a sua trajetória pessoal e escolar, bem como aspetos relacionados com os seus hábitos e práticas em saúde, e a sua opinião sobre a enfermagem. Com a fusão da ESEBB e ESEAF, o grupo foi alargado, integrando a coordenadora do Projeto Estruturante PEER (grupo de pesquisa que implementa e avalia projetos de educação pelos pares em Portugal, Angola, Brasil e Cabo Verde). Alargou-se também o âmbito de atuação deste grupo, passando de uma função de caracterização para objetivos de intervenção em promoção da saúde em contexto escolar. Em 13 de fevereiro de 2009, propõe-se o grupo a uma nova designação *Promoção com/em Saúde na ESEnfC* e à redefinição da sua missão e das suas atividades a desenvolver no âmbito do movimento das universidades promotoras de saúde, integrando a metodologia de investigação-ação participativa.

Vários estudos incluídos na rede mundial de escolas promotoras de saúde descrevem os benefícios de se desenvolverem intervenções de promoção da saúde nas comunidades educativas, sobretudo quando os programas são integrais, demonstrando que níveis de saúde elevados e resultados académicos positivos estão intimamente relacionados. Uma escola promotora de saúde promove o bem-estar dos estudantes; defende os princípios de justiça social e equidade; oferece um ambiente seguro e de apoio; fomenta a participação dos estudantes e o desenvolvimento do seu potencial; relaciona as questões e os sistemas de saúde com o de ensino; aborda os problemas de saúde e bem-estar de todo o pessoal da escola; colabora com as famílias dos estudantes e com a comunidade envolvente; integra a saúde nas atividades diárias, nos planos curriculares e nas avaliações; estabelece objetivos realistas com base em dados precisos e evidência científica; procura a melhoria contínua da qualidade com base num sistema de monitorização e avaliação. As instituições de ensino superior, para além de terem como dever assegurar a saúde dos seus estudantes, devem preocupar-se com a formação de professores que possam assegurar a construção de escolas cada vez mais promotoras de saúde. A construção de uma instituição de ensino superior promotora de saúde requer que os professores assumam que essa é uma das suas missões e que estejam capacitados para executar essa atividade.

Por outro lado, considerando que os estudantes do ensino superior são já cidadãos com reconhecido direito de participação na resolução dos problemas da sociedade/comunidade que integram, considera-se que o desenvolvimento da cidadania em saúde será um meio para atingir objetivos comuns. A educação pelos pares, sendo uma estratégia de duplo *empowerment* e baseada no voluntariado, pode ser um instrumento útil para atenuar ou resolver alguns dos principais problemas da instituição, do sistema de saúde e mesmo da sociedade.

Explorando a potencialidade de que a comunidade educativa se envolva num processo de se tornar uma instituição de ensino superior promotora de saúde, o grupo *Promoção com/ em Saúde na ESEnfC* propõe-se compilar num só documento os estudos que elaborou desde 2005, assim como alguns conceitos e modelos relacionados com a temática. Iniciamos com algumas considerações sobre os princípios e exigências das instituições de ensino superior promotoras de saúde, seguidas da apresentação de conceitos e princípios relacionados com a promoção da saúde e do modelo *PRECEDE-PROCEED*. De salientar que utilizar o modelo *PRECEDE-PROCEED* na formação de profissionais de saúde permite quebrar a visão tradicional de que as campanhas, palestras e workshops de capacitação são desenhadas de forma aleatória e suficientes para promover a saúde. Proporciona ainda uma experiência aprendizagem baseada no reconhecimento de uma comunidade, aproximando o ensino à vida real. Este modelo é muito mais que uma abordagem ecológica para o planeamento de promoção da saúde. É muito simples de

entender quando se percebe que incorpora dois aspetos fundamentais de intervenção comunitária: o planeamento (*PRECEDE*) e a avaliação (*PROCEED*). Este modelo orienta o profissional de saúde a pensar logicamente sobre o ponto final desejado e trabalhar *para trás* para atingir esse objetivo, envolvendo o grupo-alvo nesse processo. No sentido de facilitar a compreensão do modelo e a sua utilização, procedeu-se a uma reflexão inicial sobre conceitos que lhe estão subjacentes: promoção da saúde, educação em saúde, prevenção, proteção específica e estratégias de intervenção em promoção da saúde.

E tal como preconizam os guias de implementação das universidades saudáveis, o ponto de partida deve ser o conhecimento sobre os estilos de vida e as crenças em saúde. Daí o mote para se dissertar um pouco sobre os conceitos de estilo de vida e apresentar os vários estudos realizados, quer na receção dos estudantes, quer nas intervenções do *Antes que te Queimes* nas festas académicas e ainda à saída do curso. Estes estudos, compilados em vários capítulos, são apresentados com uma sequência inspirada no modelo de planeamento apresentado. No capítulo “O contexto: a ESEnC e perfil dos estudantes”, pretende-se descrever a ESEnC e o perfil dos discentes que participaram no estudo. No seguinte, descrever a evolução em algumas dimensões dos estilos de vida nos estudantes da ESEnC e a evolução no uso de álcool, tabaco e outras drogas (ATOD) nos mesmos.

No capítulo “Eles e elas, comportamentos e consumos em contextos recreativo”, elaborado por alguns estudantes do projeto *Antes que te Queimes*, descreve-se a evolução dos comportamentos e dos consumos dos estudantes em contextos recreativos, ao longo das intervenções realizadas de 2007 a 2013, traçando o perfil dos homens e das mulheres que frequentam estas festas.

Por último, apresenta-se a análise dos dados sobre o conceito de enfermagem, comparando a perceção conceptual sobre enfermagem dos estudantes no início e fim do curso de enfermagem, seguida de uma reflexão sobre o desenvolvimento de competências relacionais e desempenho académico

Com base neste trabalho, o grupo de estudo propõe-se desenvolver atividades no sentido da ESEnC se tornar uma instituição de ensino superior salutogénica.

CAPÍTULO I

INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR PROMOTORAS DE SAÚDE

ARMANDO MANUEL MARQUES SILVA
IRMA DA SILVA BRITO

As universidades e outras instituições de ensino superior são grandes organizações em que se trabalha e aprende, com uma diversidade de serviços e onde ocorrem processos de socialização. Têm o potencial de afetar significativamente a vida e a saúde dos seus trabalhadores, dos seus estudantes e, inclusive, da comunidade abrangente. Centrando a atenção na comunidade estudantil, sabe-se que à entrada na universidade, os estudantes ficam, em muitos casos, mais independentes e livres da supervisão direta dos pais e enfrentam maiores pressões sociais e académicas. Integram um novo ambiente em que se questionam sobre valores, crenças e objetivos e, face à diminuição do controlo social, podem surgir alterações nos estilos de vida e comportamentos de risco. Neste âmbito, as universidades muito podem fazer para promover e proteger a saúde dos estudantes, docentes e funcionários, para criar atividades conducentes à saúde, para proteger o ambiente e promover a sustentabilidade, para desenvolver a saúde da comunidade ou até para ser um recurso para a saúde da comunidade, promovendo a saúde no ensino e investigação (Rocha, 2008). As instituições de ensino superior, como espaços de formação académica, constituem-se como cenário indicado para levar a cabo a formação integral dos profissionais, através de uma gestão baseada nos princípios do desenvolvimento humano sustentável, desde o ponto vista humanista, científico e tecnológico.

Apresentaremos, pois, as bases conceptuais e metodológicas para a implementação e desenvolvimento do conceito de universidades saudáveis que, no nosso entender, pode ser estendido para o conceito de instituições de ensino superior salutogénicas. A proposta de Reig, Cabrero García, Ferrer Cascales, e Richart Martínez (2001), porta-voz do modelo de contextos promotores de saúde, reconhece que as universidades podem favorecer de uma maneira importante a promoção da saúde e a melhoria do bem-estar da população universitária, em particular e, da sociedade, em geral. Portanto, adotam a conceção de que as universidades se configuram um contexto de atividade laboral, social e cultural que,

assumindo uma perspectiva salutogénica, pode levar a comunidade educativa a estar e manter-se saudável. Para tal é necessário que os indivíduos concentrem a sua atenção nos recursos pessoais protetivos, ou seja, aqueles elementos internos que auxiliam a pessoa na superação das dificuldades que surgem na sua vida. De entre esses recursos o sentido de coerência tem uma atenção especial devido ao seu papel na manutenção da saúde individual. Para Antonovsky (1996), o sentido de coerência é uma orientação global que define a capacidade com a qual um indivíduo, com um persistente e dinâmico sentimento de confiança, (1) encara os estímulos emanados dos meios interno ou externo de uma situação como estruturados, previsíveis e explicáveis (capacidade de compreensão); (2) que o indivíduo tem ao seu alcance recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos (capacidade de gestão); e (3) que essas exigências são desafios, capazes de catalisar o investimento e o empenho do indivíduo (capacidade de investimento). Este conceito central assume um caráter cognitivo-afetivo e informacional, permitindo aos indivíduos negarem a aparente desordem da vida (ou dos acontecimentos de vida) recuperando coerência e integrando esse acontecimento na sua experiência de vida quotidiana das pessoas (Antonovsky, 1996 e Beltrán Guzmán, Torres Fermán, Beltrán Torres, Lin Ochoa, & Barrientos Gómez, 2011). A importância do sentido de coerência como fator de proteção da saúde pode ser confirmada pela pesquisa empírica de Nunes (1998).

Seguindo as indicações de Tsouros, Dowding, Thompson, e Dooris (1998) no relatório publicado pela OMS como guia para as universidades promotoras de saúde, estas podem ser contextos promotores da saúde porque têm o potencial de incrementar as contribuições das instituições de ensino superior para a saúde. As universidades são grandes instituições em que muitos vivem e experimentam vários aspetos da sua vida: aprendem, trabalham, socializam e usufruem do seu tempo livre. Em muitos casos as pessoas utilizam uma ampla variedade de serviços (alojamentos, refeitórios, transportes, etc.) e interagem com a comunidade abrangente, implementando projetos de investigação e extensão comunitária. Por isso, nas universidades há um enorme potencial para proteger a saúde e promover o bem-estar dos estudantes, docentes, de outros funcionários e da comunidade abrangente, permitindo-lhes o desenvolvimento através das suas políticas e práticas.

Saliente-se ainda que as universidades têm um grande número de estudantes que são ou serão profissionais e/ou políticos, com capacidade para mudar as condições que influenciam a saúde de todos. Desenvolvendo conjuntamente os currículos e a investigação, as universidades podem incrementar o conhecimento e o compromisso com a saúde de um amplo número de pessoas formadas num enorme conjunto de disciplinas e capacitadas para promover a saúde. Devido ao seu estatuto na comunidade, as universidades gozam da oportunidade de estabelecer exemplos de boas práticas em relação à promoção da saúde e podem utilizar a sua influência para a favorecer

na comunidade a nível local, nacional e internacional. É por estas razões que as universidades podem potencialmente trazer uma contribuição para o incremento da saúde em três áreas distintas:

- Criando condições saudáveis nos ambientes de trabalho, de aprendizagem e da vida, tanto para os estudantes como para o resto da comunidade educativa;
- Fomentando atitudes favoráveis para os temas relacionados com a saúde no ensino e na investigação;
- Desenvolvendo parcerias para a promoção da saúde em que se implique toda a comunidade.

Assinala-se também que as universidades que se envolvem em projetos de promoção da saúde podem obter muitos benefícios, incluindo a melhoria na sua imagem pública, no estatuto da universidade como instituição, no bem-estar dos estudantes e do resto da comunidade educativa e nas condições de vida e de trabalho.

1. Evolução do conceito

A proposta de universidades promotoras de saúde desenvolve-se a partir de 3 iniciativas da Organização Mundial de Saúde (OMS): 1) a declaração Alma Ata no ano de 1977, que estabelece pela primeira vez a importância dos cuidados de saúde primários, ampliando o modelo médico para incluir os fatores sociais e económicos, e incluindo as organizações da sociedade civil no esforço para melhorar a saúde, garantindo a equidade no acesso aos cuidados, assim como a eficácia na prestação dos serviços. 2) A estratégia de saúde para todos no ano de 2000, que enfatiza a equidade, a participação pública, a colaboração intersectorial e a necessidade de reorientar os sistemas e os serviços de saúde; e a carta de Ottawa de 1986, a qual está orientada na busca de ambientes de oportunidade e sistemas públicos que apoiem o desenvolvimento social (Meda et al., 2008). 3) O movimento de cidades saudáveis que considera a integração das pessoas de uma comunidade para procurar a equidade em saúde, considerando que esta depende em grande medida dos seus determinantes sociais, das circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde.

As universidades saudáveis, enquadrando-se no modelo de contextos promotores de saúde, surgem como resultado direto do programa cidades saudáveis e escolas promotoras de saúde. Neste sentido, reconhece-se o espaço universitário como um cenário privilegiado para fomentar as mudanças de estilos de vida em prol da saúde, alcançando um conjunto de comportamentos que reforcem o potencial de saúde de cada indivíduo, assim como do coletivo universitário (Meda et al., 2008).

O primeiro esforço para a sua formação teve início na Oficina Regional da OMS, na Europa, a partir da iniciativa dos ambientes saudáveis em cidades, escolas, universidades, organizações profissionais, hospitais, e outros contextos, com o objetivo de impulsionar a promoção da saúde, através da estratégia de intervenção nas populações com ênfase no comportamento dos indivíduos e das comunidades em risco (Arroyo & Rice, 2009). Na América Latina, os projetos de ambientes saudáveis foram ganhando força na década de 90 (do século passado), alcançando avanços significativos vinculados aos cenários de cidades, comunidades, municípios, lugares de trabalho e escolas. Formalizaram-se, em 1996, ao nível do ensino superior, redes acadêmicas e profissionais, que impulsionaram ações de formação de recursos humanos em promoção de saúde e educação para a saúde, sendo dados os primeiros passos para criação de universidades promotoras de saúde. Nesse mesmo ano, realizou-se em Lancaster (Reino Unido) a primeira conferência internacional sobre universidades promotoras de saúde que permitiu a geração da Rede de Universidades Europeias Promotoras de Saúde (Arroyo & Rice, 2009).

Em 2003, a Universidade Pontifícia Católica do Chile, em colaboração com a Universidade de Alberta (CA), realiza o primeiro congresso na América Latina com o Tema *Construyendo Universidades Saludables*, que teve como finalidade instituir o programa universidades promotoras de saúde. Posteriormente realizou-se em outubro de 2005, na Universidade de Alberta, em Edmonton, o segundo Congresso Internacional de Universidades Promotoras de Saúde da região das Américas, e neste congresso definiu-se um conjunto de orientações que ficaram plasmadas num documento intitulado *Carta de Edmonton*, onde se estabelece o marco conceptual, as metas, as crenças e os princípios da iniciativa. É também proposto um guia com os compromissos de ação institucional para impulsionar a iniciativa. Neste contexto, a liderança do Chile no âmbito deste trabalho é novamente evidenciada quando, em 2006, publica o *Guia para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior* (Lange & Vio, 2006), trabalho conjunto da Universidade Pontifícia Católica do Chile, a Universidade do Chile, a Organização Pan-americana da Saúde (OPS) e da Organização Mundial da saúde (OMS), com o apoio técnico do Conselho Nacional para a promoção da saúde, VIDA CHILE e do Ministério da Saúde Chileno (Arroyo & Rice, 2009). Este documento estabelece as diretrizes para a implementação de atividades de promoção da saúde nas universidades dentro do movimento universidade saudável.

Em outubro de 2007, é realizado na Universidade Autónoma da Cidade Juárez Chihuahua o III Congresso Internacional das Universidades Promotoras de Saúde, com a colaboração da Universidade Pontifícia Católica de Chile, propondo o estabelecimento da Rede Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS). Em 2009, a responsabilidade da organização do IV Congresso foi da Universidade Pública de Navarra – Espanha.

No âmbito da criação deste movimento, é importante definir e contextualizar as Universidades Saudáveis ou Promotoras de Saúde, para o qual existem diferentes conceções e pontos de vista, que se apresentam de seguida:

- Tsouros et al. (1998) referem que o conceito de universidade saudável significa muito mais que executar intervenções de educação em saúde e promoção da saúde para os estudantes e para o pessoal. Significa integrar a saúde na cultura, nos processos e nas políticas universitárias. Significa compreender e abordar a saúde de um modo diferente e desenvolver um quadro de ação que una fatores como o fortalecimento do poder de ação dos indivíduos (*empowerment*), o diálogo, a eleição e participação, com o objetivo de favorecer a equidade, a sustentabilidade e ambientes para a vida, de trabalho e de aprendizagem favoráveis para a saúde.
- Em 2005, na carta de Edmonton, citada por Lange e Vio (2006), as universidades ou instituições de ensino superior promotoras de saúde devem rever os seus próprios sistemas, processos e cultura internos e a sua influência sobre a saúde e bem-estar individual e organizacional. Também assumem a responsabilidade de contribuir para a melhoria da saúde e bem-estar das sociedades em geral, através da colaboração e do trabalho em rede. Como instituições académicas, elas têm processos colegiais de governo que são únicos em relação a outras organizações.
- Lange e Vio (2006) caracterizam a universidade saudável ou universidade promotora de saúde, como aquela que incorpora a promoção de saúde no seu projeto educativo e laboral, com o fim de propiciar o desenvolvimento humano e melhorar a qualidade de vida de quem ali estuda ou trabalha, com a finalidade de atuar como modelos promotores de comportamentos saudáveis nas suas famílias nos seus futuros contextos laborais e na sociedade em geral.
- Para a Rede Espanhola de Universidades Promotoras de Saúde, em 2007, o conceito refere-se a uma universidade que, de forma contínua, melhora e intervém sobre os fatores que determinam o ambiente físico e social, facilitando o acesso e potenciando os recursos comunitários que permitem aos seus membros realizar todas as suas funções vitais e auto desenvolver-se até ao seu máximo potencial numa perspetiva de apoio mútuo.
- Muñoz e Cabieses (2008) definem universidade promotora de saúde como aquela que promove conhecimentos, habilidades e destrezas para o próprio cuidado e para a implementação de estilos de vida saudável na comunidade universitária; dá prioridade a iniciativas de promoção da saúde dirigidas à universidade como contexto, mediante a construção de ambientes físicos, psíquicos e sociais que influenciem positivamente a qualidade de vida da comunidade universitária.
- Arroyo e Rice (2009) definem universidades promotoras de saúde como entidades de educação superior que desenvolvem uma cultura organizacional orientada pelos

valores e princípios associados ao movimento global da promoção da saúde, com apoio constatado através de uma política institucional própria para o fomento e permanência de ações de promoção de saúde.

Independentemente das diferentes posições estabelecidas, é importante salientar que a universidade saudável considera a promoção da saúde como seu eixo principal, tendo como objetivo melhorar o estilo de vida dos indivíduos numa visão de desenvolvimento integral, capacitando-os para a extrapolação dos comportamentos adquiridos nos diferentes contextos em que se movem e no seu futuro como cidadãos.

2. Aspetos conceptuais e metodológicos

As universidades são um valiosíssimo recurso para a comunidade onde estão inseridas e podem potencialmente transformar-se num lugar que promove a saúde, pois têm as capacidades intelectuais, as habilidades, a autoridade e a credibilidade necessária para alcançar esse propósito. Investir em universidades saudáveis é, sobretudo, um investimento para o futuro. As universidades oferecem um terreno ideal para aplicar, avaliar e desenvolver a promoção da saúde.

Baseado no documento que regulamenta a implementação das universidades saudáveis, proposto pelo Chile (Lange & Vio, 2006), apresentam-se os requisitos que concorrem para a sua efetivação:

1. Formação de uma equipa responsável por coordenar todas as atividades.
2. Socialização da ideia com as autoridades universitárias e obtenção de um orçamento de base para o diagnóstico, que inclua: realizar um estudo de base a partir da análise do diagnóstico dos estilos de vida, em primeira instância dos estudantes, com a finalidade de avaliar fatores de risco ou de proteção, e também o grau de vulnerabilidade da comunidade universitária, que proporcione resultados em diferentes dimensões (posteriormente este diagnóstico deverá ser extensivo aos não-docentes, académicos e autoridades); realizar um levantamento sobre as atividades de saúde existentes, determinando quais as atividades disponibilizadas face às necessidades da comunidade universitária.
3. Apresentação dos resultados às autoridades universitárias e proposta de um plano estratégico para constituir o programa universidade saudável, determinando, não só programas de ação e, assim como projetos de investigação, que emergirão das ações e estabelecê-lo como compromisso institucional.
4. Sensibilização, comunicação e difusão interna.
5. Desenho e implementação de programas e ações específicas por ano académico.

6. Definição dos critérios e indicadores para monitorização e avaliação de cada um dos programas e ações específicas e do projecto, em geral.

Considerando que a implementação do programa universidade saudável implica mudanças a nível estrutural e ideológicas, considera-se indispensável que as autoridades máximas (reitoria, presidentes das instituições de ensino superior, conselhos gerais) assumam a responsabilidade de fomentar uma cultura de saúde e bem-estar dentro da universidade. Por isso, este deve estar definido no plano estratégico de cada instituição por forma a garantir que a iniciativa se consolide, institucionalize e seja sustentável ao longo do tempo.

Por outro lado, o projeto universidade saudável deve manter 6 linhas básicas de ação que devem incidir, por sua vez, em 5 âmbitos de promoção da saúde, a saber: alimentação, atividade física, consumo de tabaco, álcool e drogas e, por último, fatores psicossociais e ambientais. Estes 5 âmbitos devem orientar-se a partir das seguintes linhas de ação (Lange & Vio, 2006; Machado-Alba, 2001):

1. Educação para a saúde, que inclua a fundamentação teórica dos temas de saúde e o desenho/implementação de projetos de educação em saúde, o desenvolvimento de metodologias efetivas de trabalho com a população universitária que permitam alcançar um maior impacto e a inclusão curricular dos temas de saúde em todos os programas de graduação e pós-graduação.
2. Sistema geral de segurança social em saúde, determinando ações de prevenção de doenças em coordenação com os profissionais de saúde através, por exemplo, dos serviços médicos e de enfermagem.
3. Ambientes e contextos saudáveis que promovam conhecimentos, atitudes, hábitos e costumes que permitam um desenvolvimento sustentável, no qual se inclui o ambiente familiar, institucional, social e comunitário. Os centros universitários devem criar contextos saudáveis como ambiente físico seguro, limpo e adequado, ter em atenção a área abrangente, a edificação, as condições sanitárias, iluminação, contaminação por ruído, áreas para desporto e recreação, um ambiente psicossocial harmonioso e agradável, sem agressões nem violência, que seja estimulante para o bem-estar e para a produtividade de toda a comunidade universitária.
4. A investigação deve ser promovida, a partir do estudo permanente dos problemas de educação e de saúde dos universitários, com distintos enfoques epistemológicos e metodológicos que permitam avançar no desenvolvimento de estratégias pedagógicas e de promoção da saúde e cujos resultados contribuam para transformar a realidade ou reorientar ações.
5. Intersectorialidade, já que é fundamental contar com o apoio das várias instituições da região e de outras que liderem os processos de saúde. Vários setores da própria instituição podem participar na formação de contextos saudáveis e produtivos e que garantam o êxito da estratégia.

6. Promoção de uma convivência pacífica, criando na comunidade educativa a capacidade para desenvolver comportamentos individuais e coletivos que procurem uma sã convivência com todos e em todos os espaços da vida quotidiana.

De acordo com a proposta da Organización Panamericana de la Salud, citada por Lange e Vio (2009), as universidades promotoras de saúde devem possuir as seguintes características:

- Ter ambientes e contextos saudáveis, um ambiente seguro, limpo e adequado tanto nos edifícios, como nas áreas de passeio, desporto, refeitórios e cafetarias.
- Ser um contexto acessível, dando especial cuidado em eliminar as barreiras arquitetónicas que se detetem e facilitando recursos para que as pessoas com incapacidade sensorial possam desenvolver-se no campus universitário com a maior autonomia e comodidade possível.
- Ser um espaço de trabalho e de estudo livre de riscos (ou pelo menos controlados): equipamentos e instalações seguras, reforço dos fatores de proteção, eliminação, redução e/ou controlo dos fatores de risco específicos.
- Ser um campus universitário com perspetivas de futuro, em que se promovam comportamentos que favoreçam um desenvolvimento sustentável dirigido a uma perspetiva de campus ecológico.
- Ter um ambiente psicossocial harmónico e estimulante, sem agressões nem violência, que favoreça a convivência pacífica entre as diferentes pessoas e grupos que configuram na comunidade universitária, reforçando os espaços e oportunidades para o diálogo, tomada de decisões e estabelecimento de acordos entre os diversos agentes que o integram.
- Ter estruturas, horários e normas de funcionamento, metodologias de trabalho e métodos pedagógicos, relações respeitadas entre os professores, estudantes e pessoal não-docente e serviços.
- Ter políticas institucionais para propiciar ambientes favoráveis à saúde, definindo objetivos claros para a promoção da saúde e de segurança para toda a comunidade e explorando a disponibilidade dos recursos universitários para apoiar ações de promoção da saúde.
- Realizar ações de formação académica profissional em promoção da saúde e educação para a saúde, em comunicação em saúde e outras modalidades de capacitação da comunidade universitária; desenvolvendo em simultâneo ações de investigação e avaliação em ambas as áreas.
- Oferecer serviços preventivos e de cuidados de saúde.
- Oferecer opções de participação para o desenvolvimento de habilidades, liderança e advocacia em saúde nos integrantes da comunidade universitária; com alcance familiar e comunitário.

Em suma, uma universidade promotora de saúde promove a responsabilidade individual, familiar e comunitária, apoia o desenvolvimento de estilos de vida saudável, ajuda os jovens a alcançar o seu potencial físico, psicológico e social, e promove a autoestima, fortalecendo nos estudantes o conhecimento e competências necessárias para tomar decisões saudáveis acerca da sua saúde com o objetivo de a conservar e melhorar.

Aos princípios estabelecidos pela OPS/OMS, Machado-Alba (2001) acrescentou as seguintes características que devem estar presentes numa universidade saudável:

- Implementa um desenho curricular sobre promoção da saúde e fomenta a participação ativa de todos os estudantes, fornecendo o conhecimento e as habilidades necessárias para a tomada de decisão sobre a sua saúde com o objetivo de a conservar e melhorar;
- Evidencia o desenvolvimento global da pessoa, nas diferentes dimensões, ao oferecer oportunidades para que esta aprenda a disfrutar de uma vida produtiva, gratificante e saudável, fomentando uma análise crítica e reflexiva sobre os valores, as condições e estilos de vida, e desenvolvendo princípios e valores de promoção da saúde.

Como se pode observar, a implementação de uma universidade saudável representa um processo contínuo que influi praticamente em todas as áreas da universidade incluindo os seus funcionários, investigadores, autoridades, estudantes e instalações. Por isso, é importante reconhecer que não se trata simplesmente de uma campanha informativa relacionada com a mudança de hábitos, mas de uma mudança na estrutura institucional. Porém, a integração da promoção da saúde dentro da universidade será uma mais-valia para a mesma, ao incrementar a satisfação dos seus funcionários, e poderá converter-se num fator motivador para o ingresso de maior número de estudantes, ao considerar a formação integral como um dos seus elementos chave. Poderá ainda diminuir o absentismo de estudantes, académicos e administrativos, favorecer as relações interpessoais harmoniosas e a convivência, melhorando o clima laboral e de estudo, e contribuir para a perceção de melhor qualidade de vida durante o estudo e trabalho. A longo prazo, as ações de promoção da saúde implementadas nas universidades poderão contribuir para a mudança da situação de saúde da comunidade e do país através das gerações de estudantes que nelas se formam, ao fomentar a adoção de comportamentos saudáveis nas instituições e comunidades nas quais se inserem e nas famílias que venham a formar (Lange & Vio, 2006; Arroyo & Rice, 2009).

3. Transformar uma instituição num contexto salutogénico: PEER-IESS

Como exposto anteriormente, não existe uma receita para ser aplicada a todas as universidades e instituições de ensino superior, mas, sim, algumas linhas orientadoras

básicas. A experiência tem demonstrado que é indispensável que os responsáveis máximos pelas instituições (neste caso os reitores e presidentes das instituições de ensino superior) assumam a responsabilidade de ir criando uma cultura favorecedora da saúde e bem-estar dentro da instituição. Esta opção política deve estar clara nos planos estratégicos das instituições de ensino superior. Só desta forma se atingirá gradualmente o envolvimento de todos os seus estratos (estudantes, docentes e funcionários não docentes), garantindo que esta iniciativa se consolide, institucionalize e seja sustentável através do tempo, mesmo quando os responsáveis mudem.

Não obstante o referido anteriormente, existem experiências em que estas iniciativas surgiram de algumas ações impulsionadas por alguns funcionários e docentes interessados ou por estudantes, que foram capazes de convencer os responsáveis da responsabilidade social que cabe às universidades em matéria de promoção da saúde. Mas para atingir a sustentabilidade desta estratégia, devem existir recursos humanos motivados e bem preparados e um pressuposto que permita implementar um plano anual consensualizado com todos os responsáveis da equipa. O processo de mudança é muito lento e requer uma construção coletiva, com ampla participação de todos os elementos, o que exige um trabalho de sensibilização, informação, motivação, demonstração de benefícios, educação e convencimento.

Mas pode-se afirmar que a evidência dos benefícios da implementação deste tipo de iniciativas não tem sido clara e visível. Antes pelo contrário, a revisão de literatura científica sobre o impacto das universidades promotoras de saúde denuncia processos aparentemente centrados em estudos epidemiológicos ou ações focalizadas em temas específicos de promoção da saúde (Brito, Silva, Simões, Nóbrega, & Ferreira, 2014). Portanto, mais do que falar em gastos, é necessário pensar em termos de investimento para atingir resultados ótimos. Muitas das atividades que implicam esta estratégia podem ser financiadas com fundos externos para a promoção da saúde (fundos concursáveis que existem em vários setores do estado), no entanto estes não estão direcionados para intervenções baseadas no contexto, a menos que os contextos sejam de exclusão social, situação não aplicável às instituições de ensino superior.

Através do projeto PEER-IESS, Instituições de Ensino Superior Salutogénicas, pretende-se ativar a mobilização comunitária em instituições de ensino superior de língua oficial portuguesa (Portugal, Angola, Brasil e Cabo Verde) para assumirem a promoção da saúde e a resolução dos problemas das comunidades educativas, através da utilização de estratégias dialógicas e criativas de promoção da saúde (Brito & Mendes, 2009). PEER-IESS é um modelo *bottom up* de pesquisa-ação participativa em saúde para ativar comunidades de ensino superior na promoção de contextos salutogénicos, através da utilização de estratégias dialógicas e formas criativas de intervenção centradas na comunidade estudantil.

Este modelo tem subjacente a criação de um grupo semente que desencadeia o processo de mobilização para aplicar o PEER-IESS. O grupo semente é constituído por docentes, não-docentes, estudantes e parceiros comunitários que aderem voluntariamente. Os professores devem ter experiência na área da promoção da saúde. Este processo deve ser coordenado por um investigador principal pertencente ao grupo semente e reconhecido pela Direção da instituição de ensino superior, firmando-se num acordo escrito com o grupo semente (protocolo de investigação).

Esta iniciativa tem sido alvo de candidatura a financiamento (sem efeito positivo) mas, devido ao seu modelo de pesquisa-ação participativa, tem produzido um referencial já em curso em diversas instituições. Esse referencial baseia-se nas recomendações que, em 1996, a *American College Health Association (ACHA)* designou sobre as práticas de promoção da saúde no ensino superior. Zimmer, Hill, e Sonnad (2003) referem que, como resultado da pesquisa, em 2001, foram publicadas as normas de boas práticas para a promoção da saúde no ensino superior (*Standards of Practice for Health Promotion in Higher Education*), tendo sido revista e de novo publicada em 2005 e 2012 (ACHA, 2012). Estas normas servem como guia para a avaliação e garantia da qualidade da promoção da saúde no ensino superior, reconhecendo a necessidade da prática de promoção da saúde estar ancorada no conhecimento científico e tornar explícito o âmbito da prática e funções essenciais para esta área do conhecimento. As atuais normas de boas práticas para a promoção da saúde no ensino superior demonstraram ser um bom referencial para avaliar um processo de promoção da saúde. Apresentamos as sete dimensões e respetivos indicadores (ACHA, 2012):

1. Integração com a missão das instituições ensino superior. A prática efetiva da promoção da saúde no ensino superior requer profissionais que alinhem as iniciativas de promoção da saúde com a missão das instituições de ensino superior. Para tal estas instituições devem desenvolver um plano estratégico de promoção da saúde que suporte a missão e os valores; conceber iniciativas de promoção da saúde que apoiem o sucesso académico; disseminar pesquisa que demonstre o efeito dos comportamentos individuais e fatores ambientais no sucesso académico; advogar a saúde como valor fundamental das instituições de ensino superior.
2. Prática de abordagem socioecológica. A prática efetiva da promoção da saúde no ensino superior requer profissionais que compreendam e apliquem uma abordagem socioecológica. Neste sentido, antes do desenho das intervenções de promoção da saúde, deve-se rever a literatura sobre modelos de planeamento socioecológicos; analisar os problemas de saúde das instituições de ensino superior e da comunidade, direcionando os resultados em saúde para a dimensão intrapessoal, interpessoal, institucional, comunitária e de políticas públicas; focar a transformação do contexto académico e comunitário através de iniciativas multidimensionais; construir sobre as inter-relações e interdependências dos membros e sistemas das instituições de ensino superior e da comunidade; e advogar por políticas direcionadas à saúde da comunidade académica a nível institucional, local e nacional.

3. Prática colaborativa. A prática efetiva da promoção da saúde no ensino superior requer profissionais que se envolvam e colaborem como parceiros interdisciplinares. Implica advogar uma visão compartilhada da saúde como responsabilidade de todos os membros da instituição de ensino superior e da comunidade; procurar cultivar parcerias interdisciplinares nas instituições de ensino superior e na comunidade que melhorem as iniciativas da promoção da saúde; identificar e mobilizar parceiros para ações coletivas que visem criar contextos promotores de saúde; e utilizar os recursos das instituições de ensino superior e da comunidade que maximizem o alcance e a eficácia das ações de promoção da saúde.

4. Competência cultural. A prática efetiva da promoção da saúde no ensino superior requer profissionais que demonstrem competência cultural e de inclusão. Isto significa reconhecer e compreender as diferenças sociais, culturais, políticas e económicas que influenciam a saúde; conceber iniciativas de promoção da saúde que sejam proativas e sensíveis às necessidades e preferências de uma população diversificada; conceber iniciativas de promoção da saúde que sejam orientadas por valores de inclusão cultural respeito e equidade; criar oportunidades para uma melhor compreensão entre cultura, identidade e justiça social como determinantes da saúde.

5. Prática baseada na teoria. A prática efetiva da promoção da saúde no ensino superior requer profissionais que compreendam e apliquem quadros teóricos e modelos de planeamento dirigidos à saúde individual e da comunidade. Para tal as iniciativas de promoção da saúde devem estar ancoradas em quadros teóricos e modelos de planeamento de fontes interdisciplinares. Significa conceber e implementar iniciativas de promoção da saúde guiadas por quadros teóricos e modelos de planeamento; avaliar se as teorias foram aplicadas com sucesso e se os resultados esperados foram alcançados.

6. Prática baseada na evidência. A prática efetiva da promoção da saúde no ensino superior requer profissionais que compreendam e apliquem a evidência científica, desta área. Isto implica rever a literatura sobre iniciativas de promoção da saúde com eficácia demonstrada; realizar avaliações de base populacional do estado de saúde, necessidades e recursos financeiros; realizar avaliações ambientais das instituições de ensino superior e das necessidades e recursos de saúde da comunidade; estabelecer objetivos e metas mensuráveis para as iniciativas de promoção da saúde; implementar iniciativas baseadas na evidência e validadas para maximizar a eficácia; utilizar métodos qualitativos e quantitativos na avaliação dos programas; disseminar os resultados da avaliação dos programas de promoção da saúde nas instituições de ensino superior e aos parceiros comunitários.

7. Aperfeiçoamento profissional e prática ética. A prática efetiva da promoção da saúde no ensino superior exige profissionais envolvidos, com competências profissionais e com uma prática ética. Isto implica aplicar os princípios éticos para a prática da promoção da saúde; participar regularmente em atividades de desenvolvimento profissional; apoiar os outros no reforço das suas competências de promoção da saúde; contribuir profissionalmente para o domínio da promoção da saúde.

Aderiram ao PEER-IESS as instituições de ensino superior que incluem na sua missão a formação de enfermeiros. A adesão inclui: 1) formação inicial de docentes em pesquisa-ação participativa em saúde; 2) criação e capacitação de grupo semente; 3) avaliação de processo, resultados e impacto. A partir destes pressupostos, as instituições aderentes ao PEER-IESS comprometem-se a desenvolver um processo de pesquisa participativa liderado pelo grupo semente. Este grupo, constituído por estudantes, docentes e não-docentes e líderes comunitários, procede à implementação de atividades de promoção da saúde aplicando o modelo de pesquisa-ação participativa em saúde *PRECEDE- PROCEDE* de Green e Kreuter (1999). O grupo semente inicia o processo com a avaliação de necessidades em saúde da comunidade educativa (fase *PRECEDE* ou diagnóstico de situação de saúde) que orienta a conceção e implementação de ações colaborativas na comunidade académica, baseadas em evidência científica, adequadas e flexíveis às necessidades dos estudantes do ensino superior de enfermagem (fase *PROCEDE*). Este grupo deve comprometer-se com os seguintes objetivos:

1. Desenvolver e validar PEER-IESS, um recurso de mobilização comunitária em instituições de ensino superior que visa aumentar o envolvimento e a participação dos jovens na criação de contextos promotores de saúde, aumentar a literacia crítica sobre estilos de vida saudável e reduzir os problemas de saúde da IES (pelo menos da comunidade estudantil);
2. Implementar respostas baseadas na participação comunitária mas também em evidência científica, adequadas, flexíveis e adaptadas às necessidades dos jovens de ensino superior;
3. Consolidar a aplicação de metodologias de pesquisa-ação participativa em estudos multicêntricos;
4. Identificar os benefícios gerados pela investigação-ação participativa, especialmente para aumentar a consciência da responsabilidade social dos jovens, promovendo a saúde em contexto de ensino superior.

O intercâmbio de investigadores dos diferentes países facilitará a validação de diversos instrumentos de recolha de dados, a definição de prioridades, assim como o intercâmbio de modelos de intervenção em promoção da saúde. Este facilitará a aplicação de metodologias de pesquisa-ação participativa em estudos multicêntricos em países de língua oficial portuguesa; desenvolverá e validará uma estratégia de mobilização comunitária em instituições de ensino superior, que visa aumentar o envolvimento e a participação dos jovens na criação de contextos salutogénicos, aumentando a literacia crítica sobre estilos de vida saudável e reduzindo os problemas de saúde; validará e/ou desenvolverá instrumentos de diagnóstico de saúde comunitária; implementará soluções, baseadas não só na participação comunitária, mas também em evidência científica, adequadas e flexíveis para as necessidades dos jovens de ensino superior; identificará o valor acrescentado

gerado pela pesquisa-ação participativa, especialmente para aumentar a consciência da responsabilidade social dos jovens para promover a saúde em contexto de ensino superior.

Espera-se que a transformação de uma instituição de ensino superior numa instituição de ensino superior salutogénica (IESS), ou seja, num contexto promotor de saúde, através da aplicação desta estratégia *bottom up* de pesquisa participativa em saúde, se constitua uma mais-valia para a instituição: levará a um aumento da satisfação laboral, será um fator de interesse para atrair um maior número de estudantes, elevar-se-á como um elemento importante na formação de profissionais integrais.

A longo prazo, este modelo de contexto promotor da saúde pode promover mudanças na situação de saúde do país através de gerações de estudantes que ingressam nestas instituições superiores de saúde e que fomentarão alterações a favor do bem-estar e da saúde nas instituições e comunidades em que trabalham.

Referências bibliográficas

- ACHA. (2012). *Standards of practice for health promotion in higher education*. recuperado de http://www.acha.org/publications/docs/Standards_of_Practice_for_Health_Promotion_in_Higher_Education_May2012.pdf
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. doi: 10.1093/heapro/11.1.11
- Arroyo, H. V., & Rice, M. (Coords) (2009). La universidad y el desarrollo de las redes académicas y profesionales de promoción de la salud y educación para la salud en América Latina. In *IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud, España, 7-9 Octubre 2009* (p. 37). España: Universidade Pública de Navarra.
- Beltrán Guzmán, F. J., Torres Fermán, I. A., Beltrán Torres, A. A., Lin Ochoa, D., & Barrientos Gómez, M. D. C. (2011). Universidades saludables una utopía para nuestra época. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 2(1). Recuperado de http://cienciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/view/39/pdf_13
- Brito, I., & Mendes, F. (2009). *PEER-IESS: Instituições de ensino superior salutogénica*. Recuperado de http://www.esenfc.pt/site/?module=esenfc&target=outreach-projects&id_projeto=236&id_aps=9&tipo=APS
- Brito, I., Silva, M., Simões, M., Nóbrega, M. & Ferreira, F. (2014). Diálogos sobre pesquisa-ação participativa em Saúde. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(Supl. 2), 890-896.
- Green, L.W., & Kreuter, M. (1999). *Health promotion planning: An educational and environmental approach* (2nd. ed.). Mountain View, USA: Mayfield Publishing Company
- Lange, I., & Vio, F. (2006). *Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior*. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.

- Machado-Alba, J. E. (2001). La universidad saludable. *Revista Colombiana de Ciencias Humanas*, 26,1-7. Recuperado de <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev26/machado.htm>
- Meda Lara, R. M., Santos Ávila, F., Lara García, B., Verdugo Lucero, J. C., Palomera Chaves, A., & Valadez Sierra, M. D. (2008). Evaluación de la percepción de calidad de vida y el estilo de vida en estudiantes desde el contexto de las universidades promotoras de la salud. *Revista de Educación y Desarrollo*, 5(8), 5-16.
- Muñoz, M., & Cabieses, B. (2008). Universidades y promoción de la salud: Como alcanzar el punto de encuentro?. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(2), 139-146. doi: 10.1590/S1020-49892008000800009
- Nunes, L. A. S. (1998). Compreender o cidadão e fortalecê-lo na gestão do stress. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 16(4), 25-31.
- Rede Espanhola de Universidades Promotoras de Saúde. (2007). Documento de trabalho da Rede Espanhola de Universidades Promotoras de Saúde (Documento não publicado).
- Reig Ferrer, A., Cabrero García, J., Ferrer Cascales, R. I., & Richart Martínez, M. (2001). *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitários*. Alicante, España: Universidad de Alicante.
- Rocha, E. (2008). Universidades promotoras de saúde [Comentário editorial]. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27(1), 29-35.
- Tsouros, A. D., Dowding, J., Thompson, J., & Dooris, M. (1998). *Health promoting universities: Concept, experience and framework for action*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Zimmer, C. G., Hill, M. H., & Sonnad, S. R. (2003). A scope-of-practice survey leading to the development of standards of practice for health promotion in higher education. *Journal of American College Health*, 51(6), 247-254.

CAPÍTULO II

UM MODELO DE PLANEAMENTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: MODELO *PRECEDE-PROCEED*

IRMA BRITO

O modelo *PRECEDE-PROCEED* é mais que uma abordagem ecológica para o planeamento da promoção da saúde. É muito simples de entender quando se percebe que incorpora dois aspetos fundamentais de intervenção comunitária: o planeamento (*PRECEDE*) e a avaliação (*PROCEED*). Este modelo orienta o profissional de saúde a pensar logicamente sobre o ponto final desejado e a trabalhar *para trás* para atingir esse objetivo, envolvendo o grupo-alvo nesse processo. Através da participação da comunidade, o processo de planeamento é organizado em objetivos gerais, objetivos específicos (diagnóstico comportamental e ambiental) e objetivos operacionais (fatores predisponentes, facilitadores e de reforço). Conceptualmente, esta abordagem de promoção da saúde fornece o contexto para a utilização de diferentes abordagens teóricas e metodológicas para a promoção e educação em saúde a partir dos dados que vão sendo recolhidos, organizados e priorizados; e permite, simultaneamente, estabelecer o plano de avaliação que inclui o processo e impacto das intervenções a realizar. Os objetivos operacionais orientam a definição de estratégias de promoção da saúde que incluem atividades de informação, educação e comunicação em saúde, de advocacia, de reforço de políticas de saúde, de criação ou melhoria de serviços comunitários e de mobilização comunitária.

Ao envolver a comunidade neste processo, favorece-se a combinação de ações individuais e coletivas destinadas a alcançar compromissos políticos, apoio para as políticas de saúde, aceitação social e apoio das organizações e profissionais para um determinado programa de saúde. Tais medidas podem ser tomadas pelos próprios indivíduos e grupos comunitários, a fim de criar condições de vida conducentes à saúde e à aquisição de ambientes e estilos de vida saudáveis.

Utilizar este modelo na formação de profissionais de saúde permite quebrar a visão tradicional de que as campanhas, palestras e *workshops* de capacitação são desenhadas de forma aleatória e suficientes para promover a saúde. Proporciona, ainda, uma experiência de aprendizagem baseada no reconhecimento de uma comunidade, aproximando o ensino à vida real. No sentido de facilitar a compreensão do modelo e da sua utilização,

procedeu-se a uma reflexão inicial sobre conceitos que lhe estão subjacentes, seguida da apresentação do modelo em si. Por fim, fornecem-se pistas de aplicação, conforme sugere o autor no seu manual (Green & Kreuter, 1999; www.lgreen.net).

1. Planeamento em promoção da saúde

Promover a saúde é fomentar comportamentos saudáveis, preventivos ou de diagnóstico precoce para tratamento atempado. Em saúde individual, a adoção precoce de comportamentos saudáveis e preventivos, nomeadamente alimentação e higiene, é fundamental para evitar as doenças; contudo, deve incluir também a procura de serviços de saúde para diagnóstico e eventual tratamento precoce. Quando se trata de planear intervenções de promoção da saúde para grupos comunitários, a boa-vontade, a intuição ou a criatividade não bastam. Primeiro têm de ser identificados os fatores que intervêm nos comportamentos de risco (comportamentos com evidência científica de serem determinantes de doença ou problema) e depois implementar um modelo de intervenção que incremente e facilite a adoção de comportamentos para reduzir ou evitar o risco (Green et al., 1994). Esta noção implica conceituar risco assim como definir rigorosamente o que é prevenção da doença e a promoção da saúde. A distinção entre promoção da saúde e prevenção da doença está diretamente relacionada com os resultados que se esperam de cada intervenção.

Promover tem o significado de dar impulso, fomentar, originar ou gerar. Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, conforme Leavell e Clark (1976) que se referem a medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar geral. As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, exigindo uma abordagem intersectorial. Um dos primeiros autores a utilizar a expressão *promoção da saúde* foi Sigerist, em 1946, ao definir as quatro tarefas primordiais da medicina: a promoção da saúde; a prevenção das doenças; a recuperação dos doentes; e a reabilitação. E, ao listar os principais pontos de um programa nacional de saúde, destacou a educação gratuita universal, boas condições de vida e trabalho e a oportunidade para lazer e recreação como os três mais importantes, deixando os serviços de saúde na quarta posição.

2. Promoção da saúde

Promoção da saúde é a combinação planeada de mecanismos educacionais, políticos, ambientais ou organizacionais que apoiam as ações e condições de vida de forma a

garantir a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades. Visa modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas, defende a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde, e centra-se no conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria do bem-estar das comunidades. A educação em saúde é uma componente central da promoção da saúde pois sem ela os programas de promoção da saúde seriam uma “empresa de manipulação social” (Green & Kreuter, 1999, p. 19).

Na perspectiva de Downie, Tannahill e Tannahill (1996), promoção da saúde compreende as atividades para incrementar a saúde positiva e reduzir o risco de doença (saúde negativa), através da *educação em saúde*, da *prevenção* e da *proteção específica*. O objetivo final é o equilibrado incremento do bem-estar físico, mental e social, conjugado com a prevenção de doenças físicas, mentais e sociais.

2.1. Prevenção em saúde

A prevenção, diferente da promoção, exige uma “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural de doença, a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (Leavell & Clark, 1976, p. 17). Centra-se mais nas ações de deteção, controlo e redução dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de doenças, ou de um problema específico; tendo como alvo a doença/problema e os mecanismos para a evitar mediante a intervenção sobre os fatores que a geram ou precipitam o seu aparecimento. As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas para evitar o aparecimento de doenças/problemas específicos, reduzindo a sua incidência e prevalência. Quanto à prevenção, compreende um conjunto de atividades que visam a redução do risco, antes do aparecimento do processo de doença (ou estado indesejável); a deteção precoce, após iniciado o processo de doença (ou estado indesejável) e para impedir a sua progressão; a redução das complicações, para evitar o agravamento da doença e do estado de saúde; e a redução da recorrência da doença (ou estado indesejável), após controlada a doença e para evitar recidivas.

Na base deste discurso preventivo está o conhecimento epidemiológico. De acordo com Czeresnia e Freitas (2003), à luz deste modelo, os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturaram-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas e prescritivas de mudanças de hábitos. Então a prevenção apresenta-se em três níveis: primário; secundário; e terciário. A *prevenção primária* é a realizada no período de pré-patogénese. O conceito de promoção da saúde surge como um dos níveis da prevenção primária, definido como medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima. Um segundo sub-nível da prevenção primária seria

a proteção específica contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente. A fase da *prevenção secundária* também se apresenta em dois sub-níveis: o diagnóstico e tratamento precoce; e a limitação da incapacidade. Por fim, a *prevenção terciária* será o que diz respeito a ações de reabilitação e de reinserção.

Mrazek e Haggerty (1994) introduzem, relativamente aos níveis de prevenção, uma classificação diferente, centrada na população-alvo e não na doença: prevenção universal, seletiva e indicada. A *prevenção universal* é definida como as intervenções que são centradas no público em geral ou para um grupo populacional em que não foi identificado previamente um fator de risco aumentado. A *prevenção seletiva* visa indivíduos ou subgrupos da população cujo risco de desenvolver problemas ou doença é significativamente mais alto do que a média pela presença de fatores de risco biológico/psicológico ou fatores de risco sociais/ambientais. A *prevenção indicada* visa as pessoas de alto risco que são identificadas como tendo, em nível mínimo mas detetável, sinais ou sintomas que pressagiam problemas/doença ou marcadores biológicos que indicam predisposição para problemas ou doença, mas que não se enquadram nos critérios de diagnóstico para doença. No campo da saúde coletiva e da educação em saúde, esta conceção de níveis de prevenção facilita a orientação para o estabelecimento de níveis de intervenção educativa e de serviços de saúde, não exigindo uma distinção clara entre medidas de promoção da saúde ou medidas de prevenção da doença. Contudo, ao segmentar os grupos alvo, facilita o processo de tomada de decisão, rentabiliza a alocação de recursos e reduz a redundância nas intervenções educativas.

2.2. Proteção da saúde

A proteção da saúde refere-se a medidas específicas (individuais ou coletivas) para minimizar o risco. As medidas de controlo legal como a obrigatoriedade do uso de cinto de segurança, a proibição de venda de álcool e tabaco, o controlo das doenças infecciosas, a obrigatoriedade do uso de equipamento de proteção no local de trabalho e a vacinação são exemplos de medidas legais (mais ou menos coercivas) que visam proteger os indivíduos. O controlo fiscal (por exemplo as taxas fiscais sobre álcool e tabaco) é uma das formas de tentar limitar os riscos limitando a oferta e a procura. Outras regulamentações e políticas (habitação, alimentação, educação) visam também facilitar a adoção de comportamentos e estilos de vida saudável. Consideram-se incluídos nesta categoria os códigos voluntários de conduta que fazem parte das normas sociais de todas as comunidades e que visam a proteção da saúde. São barreiras à proteção da saúde a negligência, os conflitos de interesses e os *lobbies*.

Como os comportamentos de saúde/doença são muito complexos, os profissionais de saúde não podem esperar influenciar todas as pessoas com quem contactam e crer que os modifiquem apenas porque foram sujeitos a um programa. Também não se pode contar que as pessoas adotem comportamentos de promoção da saúde se a isso forem forçadas. Contudo, o sucesso é maior se se planearem cuidadosamente os programas de intervenção para a promoção da saúde. Nestes é importante contar com a efetiva e concreta participação dos indivíduos, requerendo o desenvolvimento de habilidades para identificar problemas e tomar decisões, tanto individuais como coletivamente. Sendo a promoção da saúde uma atividade basicamente das áreas da saúde e social (não meramente dos serviços médicos), os profissionais de saúde, e particularmente dos cuidados de saúde primários, têm um papel importante na incrementação e viabilização das intervenções de promoção da saúde. Colocar esta abordagem de promoção da saúde em prática, de uma maneira ética e efetiva, requer habilidades profissionais complexas administrando ciclos periódicos de programar, planejar, implementar e avaliar. São etapas que aumentam a qualidade e efetividade das intervenções de promoção de saúde ao longo do tempo (Davies & Macdonald, 1998; Minkler, 1997).

2.3. Educação em saúde

Educação em saúde pode ser definida como o somatório de todas as influências que coletivamente determinam conhecimentos, crenças e comportamentos relacionados com a promoção, manutenção e restabelecimento da saúde nos indivíduos e comunidades. Pressupõe que todos os indivíduos recebem educação em saúde de várias formas e ao longo da vida (educação formal e informal na família, na escola e na sociedade). Aquela que se realiza em contextos dos serviços de saúde (Smith, Aker, & Kidd, 1979) visa capacitar as pessoas para terem mais controlo sobre a sua vida e a sua saúde, inclusive, para gerir a doença, atualmente designado por *empowerment*.

Frequentemente associa-se o termo *literacia em saúde* a todos os domínios da educação em saúde. A literacia em saúde, definida como o acesso à informação em saúde e a capacidade para a usar com eficácia, só recentemente foi proposta como um conceito importante na promoção global da saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde” (WHO, 1998). Foi ratificada pela comunidade internacional como essencial para a participação e a capacitação das pessoas e comunidades na Conferência de Jakarta, em 1997 (Kickbusch, 2006; Nutbeam, 2000; Nutbeam & Kickbusch, 2000).

Como as estratégias de promoção da literacia em saúde estão ligadas a estratégias gerais de promoção da literacia (Nutbeam, 2000), a OMS reforçou o papel da educação em saúde nas escolas (WHO, 1998). Considerando que esta abrange as oportunidades construídas conscienciosamente para aprender, a educação em saúde envolve também algumas formas de comunicação designadas para melhorar a literacia em saúde, incluindo aumentar o conhecimento e desenvolver competências (*skills*) de vida que conduzam à saúde individual e da comunidade. Mas a educação em saúde não está só relacionada com a comunicação de informação e inclui o desenvolvimento da motivação, das competências e da confiança (autoeficácia) necessárias para a realização de ações que melhorem a saúde. Abrange ainda, não só a informação relacionada com o impacto das condições sociais, económicas e ambientais na saúde, como também os seus fatores individuais de risco, os comportamentos de risco e o uso do sistema de cuidados de saúde.

Nutbeam e Kickbusch (2000) sugerem três níveis de literacia em saúde que se podem desenvolver; o *continuum*, sugerido por estes três níveis de literacia em saúde, permite aumentar progressivamente a autonomia na tomada de decisões e a capacitação pessoal demonstrada através de ações dos indivíduos e comunidades. Nutbeam (2000) caracteriza-os conforme o esquema da Tabela 1.

- Literacia em saúde funcional inclui as habilidades básicas de compreensão, leitura e escrita para ser capaz de funcionar eficazmente em situações quotidianas.
- Literacia em saúde interativa refere-se a habilidades cognitivas e de alfabetização que, conjuntamente com as habilidades sociais, pode ser usada para participar ativamente em atividades quotidianas, para extrair informações e significados que derivam de diferentes formas de comunicação e aplicar novas informações à evolução das circunstâncias. Significa mais do que ser capaz de ler panfletos, fazer nomeações ou aderir a uma prescrição; é interagir na tomada de decisão acerca do seu projeto de saúde.
- Literacia em saúde crítica inclui as habilidades cognitivas que, juntamente com as habilidades sociais, pode ser aplicado para analisar criticamente as informações e usar essa informação para exercer maior controlo sobre os acontecimentos de vida e situações. Não é apenas um recurso pessoal que conduz a benefícios pessoais, por exemplo, escolhas de estilo de vida mais saudável e eficaz utilização dos serviços de saúde disponíveis. A obtenção de altos níveis de literacia em saúde numa maior proporção da população pode trazer benefícios sociais, contribuindo, por exemplo, para influenciar os pares no sentido de promoverem a sua saúde, a mobilização da comunidade para elevar os níveis de saúde e cooperar para o desenvolvimento sustentável do capital social.

Tabela 1

Níveis de literacia em saúde (Nutbeam, 2000, p.15) adaptado pela autora

Nível de literacia em saúde e objetivo educacional	Conteúdo	Resultados		Exemplos de atividades educacionais
		Benefício individual	Benefício comunitário	
Literacia em saúde funcional Comunicação e informação	Transmissão factual de informação sobre riscos em saúde e utilização de serviços de saúde	Aumento de conhecimentos sobre saúde Adesão ao tratamento prescrito	Aumento da participação nos programas de saúde como a vigilância de saúde e vacinação	Transmissão de informação pelos canais tradicionais e em contactos interpessoais oportunistas
Literacia em saúde interativa Formação e desenvolvimento de habilidades pessoais	Capacidade de desenvolver habilidades sobre manutenção e controlo da saúde em contextos apoiados	Aumento da autoeficácia e motivação para se manter com saúde Aumento dos conhecimentos e habilidades para gerir autonomamente os problemas de saúde	Aumento da capacidade de influenciar as normas sociais e interagir em grupos	Comunicação em saúde adaptada às necessidades Formação em grupos comunitários Autoajuda e Grupos de ajuda mútua
Literacia em saúde crítica <i>Empowerment</i> individual e colectivo	Reflexão e ação sobre os determinantes socioeconómicos e ambientais da saúde/doença	Aumento da resiliência individual às adversidades socioeconómicas e ambientais	Aumento da capacidade de agir sobre os determinantes socioeconómicos e ambientais <i>Empowerment</i> colectivo	Advocacia em saúde a políticos e líderes da comunidade Apoio técnico para suporte de ações de mobilização comunitária Facilitação do desenvolvimento comunitário

Ainda de acordo com Nutbeam (2000), são evidências da competência das pessoas com elevado nível de literacia em saúde:

- Competências básicas em saúde, que facilitam a adoção de comportamentos protetores da saúde e de prevenção da doença, bem como o autocuidado;
- Competência como doente para se orientar no sistema de saúde, utilizar os serviços de saúde e agir como parceiro ativo dos profissionais de saúde na gestão da doença;
- Competências como consumidor, para tomar decisões de saúde na seleção de bens e serviços e agir de acordo com os direitos e deveres dos consumidores;

- Competência como cidadão ativo e participativo, assumindo comportamentos informados como o conhecimento e defesa dos direitos em saúde, participação no debate de assuntos de saúde, pertencer a organizações de saúde e de doentes e adesão a ações de mobilização comunitária.

A progressão entre estes níveis não é apenas dependente do desenvolvimento cognitivo, mas também da exposição a diferentes informações/mensagens (conteúdo e método de comunicação). Este, por sua vez, é influenciado por diferentes respostas pessoais a essa comunicação, que é mediado por habilidades pessoais e sociais e autoeficácia em relação a questões definidas.

Em termos de educação em saúde, esta deve visar a melhoria do conhecimento sobre saúde, a compreensão e a capacidade de agir e não deve ser apenas dirigida a mudanças de estilo de vida pessoal ou à forma como usam os serviços de saúde. A educação em saúde também deve aumentar a conscientização sobre as determinantes sociais, económicas e ambientais da saúde, com vista a ações individuais e/ou coletivas que possam levar à modificação destes determinantes.

Esta definição de literacia em saúde constitui um desafio para se comunicar em modos que convidam à interação, participação e análise crítica. Isto é muito similar ao estilo de educação para a *consciência crítica* defendida e popularizada pelo educador brasileiro Paulo Freire (Freire, 1997). Então, a educação em saúde pode envolver a comunicação da informação e o desenvolvimento de competências que demonstram a praticabilidade política e as possibilidades organizativas de várias formas de ação, para controlar as determinantes da saúde sociais, económicas e ambientais.

Sendo o conhecimento em saúde um aspeto fundamental na educação em saúde, a *informação* é o elemento básico na construção das crenças. No processo de transmissão da informação esta pode ser influenciada pela credibilidade da mensagem, a qualidade da comunicação ou a relevância e significado para o indivíduo-alvo. Existem vários tipos de informação em saúde (Draper, Griffiths, Dennis, & Popay, 1980):

- Tipo I - Informação sobre o corpo, como cuidar dele e processo de saúde/doença;
- Tipo II - Informação sobre como aceder aos serviços de saúde e utilizá-los adequada e eficazmente;
- Tipo III - Informação sobre políticas de saúde e estruturas da sociedade e/ou ambiente com influência no estado de saúde de indivíduos e/ou populações.

Nos processos de informação em saúde, normalmente é fornecida informação do tipo I, não se valorizando a informação do tipo II e III, o que pode influenciar posteriormente a má utilização dos serviços de saúde e o pouco envolvimento na mobilização comunitária.

Contudo, a maior influência no processo de construção das crenças e aquisição de conhecimento vem da própria pessoa, do seu trajeto de vida, do grupo a que pertence e do seu contexto em que nasceu e vive, já que as pessoas atribuem significado à realidade intra e interpessoal, ou seja, atribuem sentido para o seu comportamento quotidiano. De uma forma geral, podem distinguir-se duas orientações: uma *perspetiva fatalista* (como em Nietzsche ou Sartre) e outra fundamentada na busca constante de esperança. A procura de um sentido para a vida constitui, de alguma forma, um pré-requisito para que um indivíduo/grupo se sinta motivado a agir de forma saudável. Mas a estrutura lógica de um projeto de vida não implica que tenha de ter sentido pois, inúmeras vezes, factos ilógicos e imprevisíveis dão sentido à vida. A busca contínua de significado leva a que se possa atribuir demasiada importância à sua capacidade de racionalidade (Brito, 2007).

Se a literacia em saúde se baseia na interação entre as aptidões das pessoas e os respetivos contextos de vida, o sistema de saúde, o sistema de educação e os fatores sociais e culturais da comunidade onde se insere, a responsabilidade para a melhoria dos níveis de literacia em saúde deveria ser compartilhada entre vários setores: o sistema educativo, o sistema de saúde, o sistema cultural e outros setores sociais. O contributo do setor privado pode ser crítico neste processo, sendo certo que a sustentabilidade das políticas sobre os determinantes sociais ao nível nacional depende do apoio da sociedade civil e das comunidades.

Outro aspeto fundamental é o do estabelecimento de redes de conhecimento entre cientistas e profissionais do nível operacional para reunir evidência científica que suporte políticas e intervenções capazes de ultrapassar barreiras sociais para a saúde. Isto requer que o desenvolvimento de estratégias deva ser feito em colaboração com a sociedade civil para assegurar que as necessidades e o conhecimento das comunidades apoiem o processo de mudança no país.

Os programas de promoção da saúde mais efetivos são normalmente o produto de muitos esforços e baseiam-se num modelo de planeamento. Os modelos fornecem uma direção e a base sobre os quais se desenha o programa de intervenção. Vários modelos de intervenção em promoção da saúde que demonstraram bons resultados estão disponíveis para orientar o processo de planeamento (Dines & Cribb, 1996; Kemm & Close, 1995; Katz & Peberdy, 1997; Green & Kreuter, 1999; Baum, 1998; e Naidoo & Wills, 2000). A escolha de um modelo depende da preferência de quem o implementa e apoia, do tempo disponível para o planeamento, dos recursos disponíveis para a recolha/análise de dados e do nível de envolvimento dos parceiros e da população alvo. Por outro lado, na seleção do modelo a adotar deve ter-se em conta a sequência das várias etapas, a flexibilidade desse modelo que possibilite a adaptação à variação das situações e a sua funcionalidade. Recomenda-se que o modelo não seja um mero plano mas que

sirva para apoiar a execução operacional de um plano. Todos eles apresentam várias características genéricas comuns:

1. A ação é precedida por um período de estudo detalhado das necessidades de uma comunidade, recursos, prioridades, história e estrutura; este estudo é realizado em colaboração com a comunidade e representa uma filosofia subjacente de *fazer com em vez de fazer para*;
2. O plano de ação é estabelecido em comum acordo, são alocados os recursos necessários, incluindo os da comunidade e, ao iniciar-se a implementação, inicia-se também a monitorização da ação e dos processos de mudança;
3. Enfatiza-se a necessidade de fluidez no planeamento, a implementação para fazer face às modificações nas condições ou variáveis novas e a supervisão/reflexão constante sobre as práticas, os processos de mudança e os resultados para garantir a qualidade e a melhor intervenção;
4. Dá-se ênfase e importância à avaliação e disseminação das melhores práticas, com vista a manter e melhorar a qualidade, aplicando instrumentos e técnicas cientificamente válidas que garantem a qualidade, efetividade e eficiência.

McKenzie, Neiger, e Smeltzer (2005) consideram que são necessários os seguintes requisitos para se criar um programa de promoção da saúde:

- O estado de saúde da população-alvo pode ser modificado;
- O estado de saúde/doença é determinado por relações dinâmicas entre fatores biológicos, psicológicos, comportamentais e sociais;
- Os mecanismos de ocorrência da doença/problema estão clarificados;
- As estratégias de prevenção disponíveis estão adequadas e são exequíveis;
- Os comportamentos podem ser modificados e essas mudanças podem influenciar o estado de saúde;
- Os comportamentos individuais e familiares, as relações com o trabalho e comunidade assim como os recursos e políticas contribuem para influenciar a mudança de comportamento;
- Iniciar e manter a mudança de comportamento é difícil;
- Para que as mudanças de comportamento sejam permanentes, os indivíduos devem estar motivados e preparados para tal e a responsabilidade individual não pode ser encarada com culpabilização das pessoas-alvo.

O modelo *PRECEDE-PROCEED* de Green e Kreuter (1999) tem mostrado ser bastante útil para o planeamento de intervenções de desenvolvimento comunitário e também

para promoção da saúde em subgrupos comunitários como os espaços de trabalho e escolas. Segundo Green e Kreuter (1999), os programas de promoção da saúde devem envolver a população como um todo no contexto do seu dia a dia, mais do que centrar-se nas pessoas com risco para uma doença específica, e atuar diretamente nos determinantes de saúde. Devem também combinar diversos mas complementares métodos ou abordagens incluindo, como referem McKenzie, Pinger e Kotecki (2002), diversas estratégias de intervenção, limitadas apenas pela imaginação de quem as planeia e dos recursos disponíveis.

3. Estratégias de intervenção em promoção da saúde

Segundo a OMS, referido por Revuelta e Diaz (2006), existem três tipos de processos dirigidos à saúde: processo de desenvolvimento pessoal; processo de desenvolvimento organizativo; e processo de desenvolvimento político. Ainda neste âmbito, os mesmos autores afirmam que, quando se trata de projetos e programas de promoção da saúde, pode-se adotar três focos de intervenção: comportamento específico; grupo social; e contexto. Em saúde comunitária é mais importante basear os projetos e programas de promoção da saúde nos contextos para que se possa desenvolver processos de desenvolvimento organizacional como estratégia-chave. Utilizando a categorização de Centers for Disease Control (CDC; 2003), distinguem-se seis tipos de estratégias de intervenção de promoção da saúde: comunicação e educação em saúde; políticas de saúde; engenharia de saúde; serviços comunitários relacionados com saúde; e mobilização comunitária. Estes organizam-se como estratégias nos três domínios.

3.1. Desenvolvimento pessoal

Considerando as intervenções de promoção da saúde como processos de *desenvolvimento pessoal*, as estratégias de intervenção serão do tipo comunicação e educação em saúde. Quase todos os programas de saúde e, especificamente, os de promoção da saúde, incluem alguma forma de *comunicação em saúde* quer seja uma apresentação formal, um produto multimédia, uma campanha. São as estratégias com mais elevada “penetração” nas populações-alvo, normalmente de cariz universal. Já a *educação em saúde* considera-se um instrumento de capacitação do indivíduo para tomar decisões e mudanças, tomando em consideração as suas crenças e experiências prévias assim como os seus sentimentos e o significado que atribui à sua situação de saúde/risco. Normalmente, considerava-se a educação em saúde apenas numa abordagem predominantemente médica, que consistia em dar informação sobre a

saúde/doença, dar instruções sobre o que se devia fazer e, muitas vezes, não tendo em consideração os conhecimentos prévios e a participação do indivíduo/grupo-alvo. Esta abordagem tende a impor valores médicos e a culpabilizar os indivíduos que não cumprem essas prescrições, não valorizando os contextos culturais e as crenças das pessoas. A insuficiência dos modelos prescritivos para promover a significativa mudança de comportamentos e a autorresponsabilização dos indivíduos em relação à sua saúde, assim como as dificuldades de implementação das abordagens radicais, fez surgir uma outra forma de abordagem de educação em saúde: a abordagem de competências ou *empowerment*. Hoje em dia, tende-se a considerar que a educação em saúde fomenta conhecimentos, visando atitudes favoráveis e a aquisição de habilidades, tendo por base sempre a promoção da autonomia das pessoas. Nesta perspetiva, a educação é um processo planificado e sistemático de comunicação e de ensino/aprendizagem que visa tornar fácil a aquisição, eleição e manutenção de práticas saudáveis e tornar difíceis as práticas de risco (Costa & Lopez, 1996). É então um processo integrador de conhecimentos e habilidades que não se relacionam apenas com os conteúdos mas também com a experiência pessoal prévia, fatores culturais, valores e crenças que resultam nos saberes e fazeres da vida quotidiana. Por outro lado, considerando que o ambiente e os contextos em que as pessoas/grupos vivem influenciam os comportamentos de saúde, as estratégias de educação em saúde mais eficazes fazem parte de programas e intervenções comunitárias (OMS, 1983).

Os *objetivos de comunicação e educação em saúde* nos programas de promoção da saúde são aumentar a consciência sobre os problemas/situações; modificar e/ou reforçar atitudes; aumentar conhecimentos; manter e/ou aumentar o interesse; adquirir motivação para a ação; demonstrar habilidades simples; aumentar a procura e o apoio dos serviços de saúde; aumentar a sensibilidade para o risco; modificar e/ou reforçar comportamentos; aumentar a perceção de habilidade pessoal para aderir a um comportamento desejável; ou construir normas sociais. Segundo McKenzie, Pinger, e Kotecki (2002), as técnicas mais eficientes são as de *marketing* social, de treino de habilidades e de conscientização.

3.2. Desenvolvimento organizativo

Sob o ponto de vista do *desenvolvimento organizativo* consideram-se como estratégias mais utilizadas os serviços comunitários relacionados com saúde. Destaca-se os grupos de ajuda mútua e a mobilização comunitária. Os *serviços comunitários relacionados com saúde* incluem todos os serviços, testes ou tratamentos fornecidos a uma comunidade com vista à promoção da sua saúde. São atividades como as consultas de vigilância de saúde, os programas de rastreio e a imunização. Mas

o sucesso destas atividades implica a adesão dos indivíduos/grupos, pelo que é necessário reduzir as barreiras para utilização deste tipo de serviços melhorando a acessibilidade. Por isso, frequentemente estas atividades são desenvolvidas em unidades móveis, em eventos públicos, locais de trabalho ou escolas, além da sua disponibilidade nos Centros de Saúde. Os serviços comunitários são atividades bem aceites pelas comunidades, pois aproximam-nas dos prestadores de cuidados de saúde. Ressalte-se que em relação aos *programas de rastreio* é importante garantir que os testes utilizados são sensíveis e específicos e que oferecem a garantia de aferição, assim como do encaminhamento para tratamento das situações de doença detetadas (Chapman, 2003).

Os *grupos de ajuda mútua* são intervenções compreensivas que visam a partilha de experiências e o apoio mútuo. São estruturas voluntárias, de pequena dimensão, que se ajudam mutuamente em relação a um determinado objetivo. Os elementos que integram estes grupos são normalmente de pares que, ao partilharem as suas experiências comuns, obtêm apoio mútuo para satisfazerem uma necessidade ou para superarem uma dificuldade/problema e ainda obterem intercâmbio social (Katz, 1981). Neste domínio é um exemplo de sucesso os grupos de Alcoólicos Anónimos.

A *mobilização comunitária* abrange todas as atividades realizadas para ajudar as comunidades a identificar os seus problemas de saúde e a agir para a sua resolução, tendo por base a participação e a tomada de decisão partilhada, o que Barnes, Neiger, e Thackeray (2003) designam de *empowerment* comunitário.

3.3. Desenvolvimento político

Nas estratégias de *desenvolvimento político*, que são estratégias de reforço, enquadram-se as políticas de saúde, engenharia de saúde e a advocacia comunitária.

Nas *políticas de saúde* incluem-se todas as estratégias de reforço como as normas e regulamentos, políticas e leis, declarações de posição e regras formais e informais. Segundo Schmid, Pratt, e Howze (1995), são desenvolvidas por um administrador, direção ou grupo legislativo para conduzir comportamentos individuais ou coletivos. São disso exemplos as normas e procedimentos de segurança, a proteção dos ambientes, os planos de saúde e toda a legislação relacionada com a saúde e apoio social. Este tipo de estratégias pode ser controverso: poderá pôr em causa os direitos individuais, em detrimento do dito *bem comum*, uma vez que este está subjacente aos princípios de quem legislou. Assim, quando as políticas visam alterar comportamentos, não se tratam de estratégias de modificação voluntária de comportamentos, mas sim

de coersão. Contudo, Green e Kreuter (1999) dão exemplos de políticas de saúde eficientes que obrigaram os indivíduos a modificarem os seus comportamentos de segurança de forma consistente: obrigatoriedade do uso de cinto de segurança e capacete, que permitiu uma adesão maior do que as medidas de sensibilização; e proibição de fumar em recintos fechados que levou ao aumento da cessação voluntária de fumar.

A *Engenharia de saúde* são as tecnologias que visam a modificação da estrutura ou tipo de serviços de forma a melhorar a prestação de cuidados de saúde: mais bem-estar, mais segurança, prevenção de doença. McKenzie, Pinger, e Kotecki, (2002) dão como exemplos o desenho ergonómico dos equipamentos de trabalho, os dispositivos de segurança dos automóveis (cintos, cadeiras, airbag), a colocação de mecanismos para controlo de velocidade do trânsito, aparelhos de deteção de incêndios e portas de segurança, alteração do tipo de alimentos disponíveis nas máquinas de venda automática, ou ainda, alertas por SMS. Caracterizam-se por alterarem coisas ou contextos que podem influenciar a tomada de consciência, as atitudes, as capacidades e os comportamentos dos indivíduos/grupos. Algumas destas estratégias implicam uma adoção não voluntária mas tornam-se mais efetivas se combinadas com estratégias de comunicação e educação em saúde.

A *Advocacia comunitária* é o processo pelo qual os indivíduos representativos duma comunidade se envolvem nas instituições/organizações participando nas decisões que têm impacto nas suas vidas. Tem o potencial de criar mais apoio, ser um meio de comunicação direto, influenciar decisões, ativar os não-participantes, melhorar a qualidade dos serviços e tornar as comunidades mais responsáveis. Em muitas situações, a advocacia é difícil pois envolve custos e disponibilidade de tempo que não estão contemplados nos orçamentos das instituições/organizações. Depende também da capacidade de gestão democrática e participativa na tomada de decisão por parte da gestão das instituições/organizações. Checkoway (1989) descreve várias técnicas de advocacia comunitária: visitas pessoais a indivíduos-chave; reuniões comunitárias; campanhas telefónicas ou *mailing* para os líderes comunitários; e entrevistas nos media.

McKenzie, Pinger, e Kotecki (2002), referem ainda outras estratégias, como: os programas de modificação de comportamentos; atividades sociais e culturais; ações de incentivos e penalizações, que normalmente são utilizadas como estratégias de treino de competências, de reforço ou de mobilização comunitária. Segundo Green e Kreuter (1999), a conjugação das várias estratégias promove o *desenvolvimento comunitário* que, não é um processo, mas sim uma orientação da comunidade que enfatiza mais as suas *forças* do que as suas necessidades, visando a criação/identificação e o apoio dos elementos ativos dessa mesma comunidade.

4. Modelo *PRECEDE-PROCEED*: utilização em promoção da saúde

PRECEDE-PROCEED é o acrónimo de Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation and Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development. Sendo um dos principais modelos de intervenção de promoção da saúde, tem sido utilizado em vários países e demonstra valorizar todo o conjunto de fatores que influenciam a prática de comportamentos preventivos. Segundo McKenzie, Neiger, e Smeltzer (2005), é um dos quatro modelos mais utilizados a nível mundial e no site <http://www.lgreen.net/precede.htm> é possível encontrar a referência de muitos trabalhos publicados. A estrutura do modelo foi desenvolvida em 1970 por Green e Kreuter (1999) e evoluiu como modelo de planeamento de programas de promoção da saúde na década de 70. A estrutura do modelo *PROCEED* foi desenvolvida em 1980. Este modelo baseia-se no paradigma que os programas de promoção da saúde visam reduzir os fatores de risco relacionados com os comportamentos ou com o meio e classifica os fatores que determinam os problemas de saúde em três grandes grupos: fatores predisponentes; fatores facilitadores; e fatores de reforço (figura 1).

São fatores *predisponentes* a informação e as crenças/atitude. A informação refere-se ao domínio de saberes relacionados com a saúde e a medidas preventivas. As crenças/atitude referem-se à perceção que cada pessoa tem sobre o risco a que crê poder estar exposta e à sensação de autoeficácia percebida, ou seja, se se sente capaz de realizar o comportamento preventivo. Estes fatores podem facilitar ou dificultar a motivação das pessoas para a mudança de comportamentos, podendo ser alterados através da comunicação e educação em saúde.

Os fatores *facilitadores* incluem as habilidades e os recursos/instrumentos. Assumindo que para a realização de um comportamento preventivo são requeridas habilidades, tanto do tipo psicomotor como sociais, é também necessária a existência de meios acessíveis (serviços e recursos) que possibilitem a prática reiterada desses comportamentos. Estes fatores podem facilitar ou impedir a mudança de comportamento. Salientam-se as barreiras sociais como fatores negativos.

Os fatores de *reforço* são a resposta que o meio (pares, família, trabalho, meios de comunicação, etc.) proporciona face à realização do comportamento esperado, encorajando ou não a manutenção do comportamento de saúde. Se a resposta é positiva, tende a reforçar esse comportamento. Se é negativa, dificulta o estabelecimento de um novo padrão de atuação. Daí que a mobilização comunitária seja um dos grandes facilitadores dos processo de promoção da saúde.

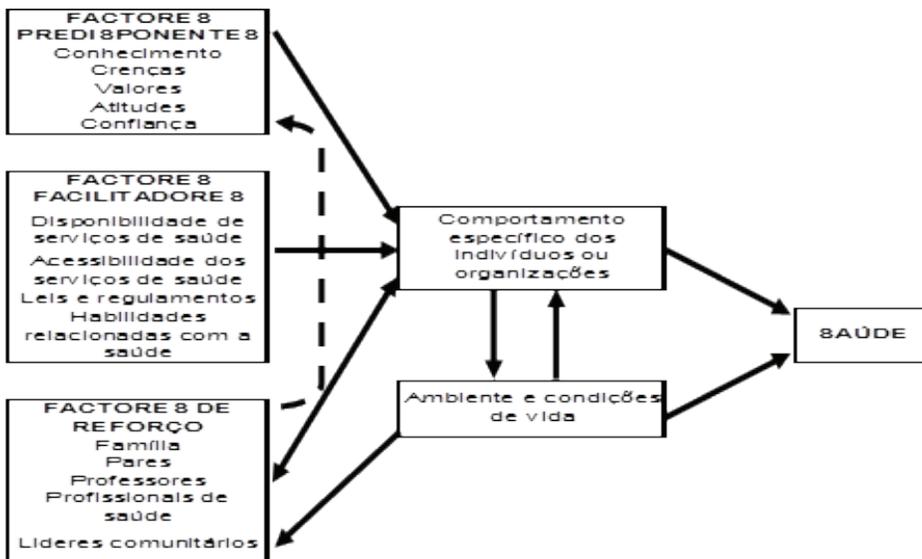


Figura 1. As relações entre os diferentes fatores que influenciam o comportamento.

Fonte: Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach*. London, England: Mayfield Publishing Company.

O modelo que se esquematiza na figura 2 revela-se numa sequência lógica entre as diferentes fases, iniciando com a determinação do resultado desejado para desenhar o programa a partir da intervenção sobre os fatores predisponentes, facilitadores e de reforço identificados, em função desse mesmo resultado. Este modelo aparenta ser um esquema linear de causa-efeito em que educação em saúde, regulamentação adequada e organizações apoiam mudanças de estilos de vida que aumentam a qualidade de vida. Contudo, apenas esquematiza uma sequência de procedimentos que facilitam o desenho e implementação de medidas de apoio ou corretivas de forma a promover o bem-estar e a saúde e prevenir a doença/problema.

A descrição do modelo que se segue baseia-se na obra de Green e Kreuter (1999) que lhe deu origem - *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. A sua aplicação pode ser feita a nível de uma comunidade ou de um subgrupo comunitário, conforme se pode consultar no site que serve de repositório www.igreen.net. É de realçar a necessidade de garantir a participação dos sujeito-alvo e da sustentabilidade do programa de promoção da saúde para garantir a continuidade além da experiência piloto.

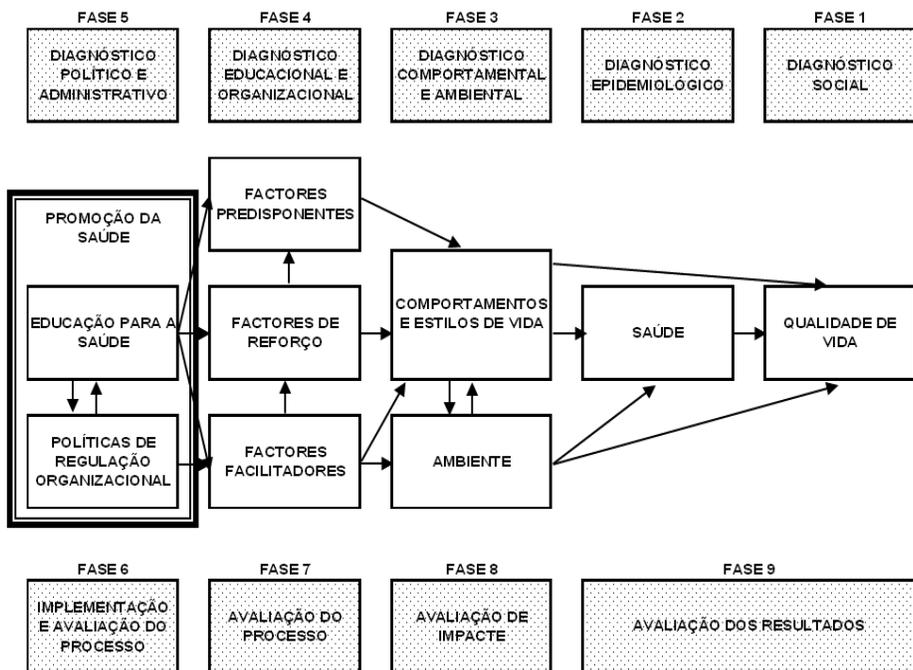


Figura 2. Modelo PRECEDE-PROCEED.

Fonte: Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach*. London, England: Mayfield Publishing Company.

Apresenta-se de seguida as diferentes fases que o constituem, conforme recomendam Green e Kreuter (1999). Algumas sugestões apresentadas resultam da utilização deste modelo pela autora, em diversos contextos e grupos comunitários.

4.1. Diagnóstico social

Na fase do diagnóstico social define-se a qualidade de vida e os problemas de saúde, envolvendo os atores na determinação dos problemas prioritários e na definição das suas necessidades e aspirações. Sendo a participação comunitária a base do modelo, Green e Kreuter (1999) consideram que a opinião dos indivíduos/comunidade é fundamental para a compreensão alargada do fenómeno e para a tomada de consciência das preocupações e objetivos da comunidade nas várias perspetivas: social; económica; cultural; e ambiental.

Esta tomada de consciência beneficia, não apenas os profissionais de saúde envolvidos no planeamento da intervenção comunitária, como também os outros setores que cooperam para o bem-estar das populações. Conforme referem os autores, iniciar o planeamento de um programa de promoção da saúde pelo diagnóstico social permite “minimizar a mentalidade do nós/eles e ajuda a promover as relações “nós todos”” (Green & Kreuter, 1999, p. 46). Daí que os programas de promoção da saúde que são concebidos e desenvolvidos sem terem em consideração o diagnóstico social são exteriores à comunidade. Normalmente, nesses casos, as intervenções terminam quando os programas terminam, ou seja, nunca se integram plenamente nas comunidades. A adoção dos princípios de participação, orientação multisectorial e causalidade recíproca (saúde/condições sociais/qualidade de vida) na elaboração do diagnóstico social fornece aos profissionais responsáveis pelos programas de promoção da saúde, a noção da realidade e de como a comunidade percebe, sente e se preocupa com o seu estado de saúde.

A importância de garantir o envolvimento ativo das pessoas que serão alvo do programa é exaustivamente referida nas teorias da psicologia, da educação e outras ciências do comportamento e confirma-se pela experiência de intervenção comunitária, nomeadamente de saúde pública e planeamento familiar. Nesta abordagem de *empowerment*, os profissionais de saúde devem renunciar ao poder da sua posição, ou papel social, e estar disponíveis para ouvir e aprender com as comunidades. Quando se pretende implementar programas de promoção da saúde não se deve assumir uma postura de *invasão cultural*, que impõem modelos pré-definidos, mas sim a abordagem de *síntese cultural*, em que não são impostas prioridades mas em que os profissionais, em colaboração com os líderes comunitários, aprendem sobre as necessidades das pessoas e apoiam o desenvolvimento de recursos para as satisfazer.

4.2. Diagnóstico epidemiológico

Como os problemas sociais raramente obtêm financiamento do setor da saúde para a sua resolução (a não ser que se demostre uma clara relação entre estes e o estado de saúde de uma população) é importante descrever e caracterizar os principais problemas de saúde de uma comunidade sob o ponto de vista epidemiológico. Nesta fase do modelo *PRECEDE* procede-se à recolha e análise epidemiológica que permitirá determinar que problemas são objetivamente mais importantes e que comportamentos e fatores ambientais contribuem para a ocorrência destes.

A epidemiologia fornece a metodologia esclarecedora sobre a magnitude dos problemas de saúde das populações. Os dados descritivos demonstram a importância relativa em termos de morbilidade, incapacidade ou mortalidade e em função de subgrupos populacionais

(idade, género, estatuto social, local de residência e condições de vida). A investigação analítica desses dados fornece posteriormente informação acerca das potenciais causas desses problemas, que poderão ser o foco da intervenção dos programas de promoção da saúde. Avaliar epidemiologicamente os problemas de saúde permite:

- Estabelecer a importância relativa dos problemas de saúde na população alvo, como um todo, e nos subgrupos populacionais;
- Fornecer uma base para estabelecer prioridades entre os vários problemas de saúde e os subgrupos afetados;
- Apoiar a distribuição de responsabilidades entre os diferentes setores e profissionais que participam nos programas de promoção da saúde.

A análise epidemiológica pode também servir de base para estabelecer prioridades num programa de promoção da saúde. A colocação das seguintes questões pode auxiliar nesta fase:

- Quais os problemas de saúde com maior impacto em termos de mortalidade, morbilidade, incapacidade ou absentismo?
- Existem subgrupos populacionais em risco especial?
- Que problemas são mais sensíveis a uma intervenção?
- Que problemas estão a ser alvo da intervenção de outros setores?
- Que fatores ou problemas têm o potencial de refletirem um melhor incremento do estado de saúde se sujeitos a uma intervenção?
- Algum dos problemas de saúde identificados é considerado prioritário a nível local, regional ou nacional?

Para analisar a relação entre saúde e problemas sociais, podem utilizar-se duas abordagens: a reducionista e a expansionista. Na abordagem reducionista faz-se o levantamento dos problemas de saúde a partir dos problemas sociais que com eles se relacionam e que não estavam bem esclarecidos. Podem ser usados estudos científicos já efetuados para determinar a prevalência de determinados fatores, quais os que têm mais importância e quais os subgrupos populacionais mais afetados. Na abordagem expansionista faz-se a análise do contexto social em que ocorre um problema de saúde específico e recorre-se a estudos mais alargados para explicar os problemas de saúde em causa. Esta última implica a alocação de mais recursos.

A avaliação epidemiológica pode ser feita a partir de vários indicadores que se passam a descrever sumariamente:

- Taxas e ratios gerais e específicos de ocorrência de fenómenos de saúde/doença e de procura de cuidados de saúde - mede a frequência relativa e permite comparação entre grupos;

- Taxas padronizadas - ajustamentos nas taxas em função da idade, género ou outro subgrupo, para tornar possível a comparação entre grupos populacionais que têm diferente distribuição demográfica;
- Incidência - mede a ocorrência de novos casos de doença, num determinado período;
- Prevalência - mede o número total de casos de doença num dado momento;
- Risco populacional atribuível - estima o número de doentes na população ou determinar a percentagem de pessoas doentes atribuível à causa, quando se conhece a prevalência dos fatores de risco;
- Análise custo/benefício - estabelece a relação entre o custo do tratamento de todos os problemas de saúde relacionados com determinado fator de risco e da perda de rendimento pela ausência ao trabalho ou morte prematura com o total dos custos associados à implementação de medidas para reduzir os fatores de risco;
- Sensibilidade e especificidade - técnica de análise aplicada aos testes de rastreio para determinar se o teste é capaz de detetar todos os casos com poucos falsos negativos (especificidade) e poucos casos de falsos positivos (sensibilidade).

No diagnóstico epidemiológico para a promoção da saúde dá-se ênfase aos fatores de risco modificáveis. Contudo, deve também ser dada atenção aos fatores não modificáveis, como os biológicos e o clima. Estes fatores não determinam intervenções mas devem ser tidos em consideração numa perspetiva de multicausalidade e para identificar populações em elevado risco. Conhecer os fatores protetores é também fundamental quando se pretende implementar um programa de promoção da saúde uma vez que o comportamento pode influenciar diretamente a mesma através de mudanças nos fatores de risco individuais ou atividades que reforçam a resistência e a resiliência. Assume-se ainda que se pode influenciar indiretamente os fatores ambientais através de ações coletivas como o controlo à exposição ou o uso adequado dos serviços de saúde.

Num dos primeiros estudos que fundamentam o investimento na promoção de estilos de vida saudável como medida de redução das mortes prematuras, Belloc e Breslow, referidos por Green e Kreuter (1999), constataram que existia correlação positiva no estado de saúde em indivíduos que dormiam pelo menos 7 horas por dia; tomavam pequeno-almoço quase todos os dias; raramente ou nunca comiam entre as refeições; tinham o peso ideal para a idade e género; não eram fumadores habituais; não bebiam álcool ou faziam-no com moderação; faziam com regularidade exercício físico. Após nova avaliação, 5,5 e 9,5 anos depois, concluíram que aqueles que mantinham as 7 atividades tinham menos mortalidade (72% nos homens e 57% nas mulheres) do que os que tinham apenas 0 a 3 atividades. Ao conhecer-se a intensidade da associação dos fatores de risco ao aparecimento de doença (por exemplo, o risco relativo) é possível apoiar a tomada de decisão na distribuição de responsabilidades entre os diferentes setores e profissionais que participam na promoção da saúde.

Em síntese, a avaliação epidemiológica facilita o estabelecimento de objetivos gerais, quer em termos do programa de saúde, quer como na operacionalização das atividades a desenvolver, uma vez que responde às seguintes questões:

- A quem se dirige o programa?
- Que benefícios de saúde devem receber?
- O que se espera como resultado?
- Por quanto tempo?
- A quem compete fornecer os serviços?

4.3. Diagnóstico comportamental e ambiental

Sendo a promoção da saúde o processo para capacitar as pessoas e aumentar o controlo sobre os determinantes da saúde, melhorando, desta forma, o seu estado, as estratégias de promoção da mesma são a combinação do apoio educacional e/ou ambiental necessário para o desenvolvimento de atividades e condições que produzem melhor saúde. Essas ações podem ser os comportamentos individuais de saúde e a sua adaptação dos estilos de vida dos indivíduos/famílias, a defesa de políticas que assegurem condições de vida saudáveis ou a intervenção direta de indivíduos/grupos para melhorar as condições do meio ambiente.

Nesta fase do processo de planeamento é feita a determinação e priorização dos fatores de risco ambientais e comportamentais que podem estar relacionados com os problemas de saúde identificados. Consiste, portanto, na análise das atividades individuais e/ou coletivas que são mais pertinentes para controlar os determinantes de saúde, ou de qualidade de vida, identificados nas fases anteriores. Esta fase tem duas partes distintas: diagnóstico comportamental e diagnóstico ambiental. O primeiro consiste na análise sistemática dos comportamentos relacionados com os problemas identificados no diagnóstico social e epidemiológico; o diagnóstico ambiental integra a análise paralela dos fatores do ambiente físico e social e que podem estar relacionados com os comportamentos identificados ou diretamente com resultados esperados (saúde e qualidade de vida).

O comportamento é uma variável crítica na relação entre os projetos ou programas de intervenção e a saúde ou qualidade de vida, pois todos os indivíduos podem ter um papel ativo para melhorar a sua saúde, com exceção dos que estão em estado de inconsciência e total dependência. Medir os comportamentos das populações tem sido algo desejável mas difícil de executar. A melhor forma de o fazer seria através dos Censos, conforme se fez nos EUA, em 1979, e no Canadá, em 1988, constituindo assim uma base de dados nacional

como o Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) desenvolvido pelo Centers for Disease Control. Mas nem todos os países têm essa possibilidade, realizando apenas estudos mais específicos e regionalizados. Em Portugal, realizava-se quinquenalmente o Inquérito Nacional de Saúde (INE) e a Direção Geral da Saúde publica informação acerca do perfil de saúde dos portugueses. No Brasil, o agente comunitário de saúde é capacitado para reunir informações de saúde sobre uma comunidade. Na concepção inicial do SUS, deveria ser um dos moradores da comunidade em causa (selecionado pelo bom relacionamento com os pares e a condição de ser orientado por supervisor - profissional enfermeiro ou médico - da unidade de saúde) para realizar visitas domiciliárias na área de abrangência da sua unidade, produzindo informações capazes de dimensionar os principais problemas de saúde da mesma. Esta estratégia forneceria dados de monitorização comportamental e ambiental.

Porém, diversas estratégias podem ser utilizadas. A autora propõe o uso de um questionário de automonitorização do Estilo de Vida (Silva, Brito, & Amado, 2014) que permite uma avaliação rápida e interativa, sobretudo quando se trata de populações de jovens ou adultos.

4.3.1. Diagnóstico comportamental

Para realizar o diagnóstico comportamental deve ter-se, primeiramente, formulado o objetivo de saúde a atingir, resultante do diagnóstico antecedente. A realização deste diagnóstico executa-se em cinco etapas consecutivas que se passam a descrever.

1ª etapa. Distinguir as causas comportamentais das não comportamentais. A partir da revisão de literatura científica relevante faz-se a análise da rede de multicausalidade do problema de saúde em foco, clarificando os determinantes relacionados com o comportamento dos indivíduos.

2ª etapa. Organizar os fatores comportamentais e as ações esperadas. Em duas listas enumeram-se os comportamentos associados com a promoção da saúde, prevenção do problema e controlo das sequelas se o problema ocorrer; noutra, as ações ou tratamentos que os indivíduos devem exibir para prevenir ou reduzir o problema, inventariando comportamentos específicos que poderão servir de base para a definição dos objetivos comportamentais do programa de promoção de saúde. Na tabela 2 apresenta-se a classificação dos comportamentos relacionados com a saúde.

3ª etapa. Ordenar os comportamentos em função da importância. Após a inventariação dos comportamentos torna-se necessário reduzir a lista, priorizando os comportamentos mais relevantes. A organização por importância dos comportamentos pode ser feita a partir da aplicação dos seguintes critérios:

- Quais os comportamentos que ocorrem com mais frequência?
- Quais os comportamentos que estão realmente relacionados com o problema de saúde?

Se existirem dados disponíveis, os estudos de determinação do risco permitem estimar a importância relativa e a prevalência de cada comportamento. Esta informação pode ser obtida realizando uma revisão integrativa da literatura científica disponível.

Tabela 2
Tipologia dos comportamentos relacionados com a saúde

Comportamento	Descrição do comportamento
Comportamento de bem-estar (<i>wellness behaviour</i>)	Qualquer atividade realizada por um indivíduo que se considera saudável, com o objetivo de obter ainda mais saúde e bem-estar.
Comportamento preventivo (<i>preventive health behaviour</i>)	Qualquer atividade realizada por um indivíduo que se considera saudável, com o objetivo de evitar doença ou detetar problemas em estado assintomático.
Comportamento de prevenção do risco (<i>at-risk behaviour</i>)	Qualquer atividade realizada por um indivíduo que se considera com elevado risco de vir a desenvolver doença, com o objetivo de prevenir esse problema ou detetá-lo em estado assintomático.
Comportamento de doença (<i>illness behaviour</i>)	Qualquer atividade realizada por um indivíduo que se sente doente, com o objetivo de definir o seu estado de saúde e descobrir a cura adequada.
Comportamento de autocuidado (<i>selfcare behaviour</i>)	Qualquer atividade realizada por um indivíduo que se considera doente, com o objetivo de se curar, e que inclui um relacionamento mínimo com profissionais de saúde, poucos comportamentos de dependência e ligeira quebra no seu funcionamento social e das atividades de vida diárias.
Comportamento de doente (<i>sick-role behaviour</i>)	Qualquer atividade realizada por um indivíduo que se considera doente, com o objetivo de se curar, e que inclui receber tratamentos executados por profissionais de saúde, vários comportamentos de dependência e acentuada quebra no seu funcionamento social e das atividades de vida diárias.
Comportamento de planeamento familiar (<i>family planning behaviour</i>)	Qualquer atividade realizada por um indivíduo que influencia a ocorrência de gravidez ou a sua evolução normal.
Comportamento parental (<i>parenting health behaviour</i>)	Qualquer atividade de bem-estar, preventiva, de prevenção do risco, de doença, de autocuidado ou de doente, realizada por um indivíduo com o objetivo de assegurar, manter ou melhorar a saúde de uma criança pela qual está responsável.
Comportamento social relacionado com a saúde (<i>health-related social action</i>)	Qualquer atividade realizada por um indivíduo ou coletivamente (através de organizações, meios legais ou económicos) com o objetivo de influenciar a provisão de serviços de saúde ou os efeitos do meio ambiente, de alguns produtos e, de regulamentos/normas sociais que influenciam a saúde.

4ª etapa. Ordenar os comportamentos em função da possibilidade de mudança. A questão que se coloca a seguir é saber se os comportamentos identificados são suscetíveis de modificação através dum programa de promoção da saúde e ainda,

quanto tempo será necessário para se verificar a mudança. A aplicação das seguintes condições pode auxiliar nesta análise:

- Os comportamentos mais modificáveis são aqueles que estão em fase inicial ou foram recentemente adquiridos;
- Os comportamentos menos modificáveis são aqueles que se fundamentam em padrões culturais ou estilos de vida;
- Os comportamentos mais resistentes são aqueles que têm uma componente de adicção, compulsão ou estão relacionados com rotinas ou tradição cultural.

5ª etapa. Escolher os alvos comportamentais. Com os comportamentos ordenados é possível organizá-los numa tabela de dupla entrada de modo a se classificarem como os mais prioritários para a intervenção educacional (tabela 2). Dependendo dos objetivos do programa, os problemas do quadrante 1 e 2 são os prioritários, contudo é necessária uma avaliação especial em relação aos do quadrante 2.

Tabela 3
Matriz dos comportamentos de saúde

	Mais importantes	Menos importantes
Mais modificáveis	<p>Quadrante 1 Elevada prioridade para o programa</p>	<p>Quadrante 3 Baixa prioridade para o programa Exceto se for para demonstrar necessidade de mudança nas propostas políticas</p>
Menos modificáveis	<p>Quadrante 2 Prioridade para programas inovadores mas carece de avaliação específica</p>	<p>Quadrante 4 Não incluir no programa</p>

Uma vez identificados os comportamentos alvo torna-se necessário definir os objetivos específicos. Assim sendo, quando uma mudança comportamental é possível e exequível, o estabelecimento de objetivos deve responder às seguintes questões:

- *Quem* são as pessoas que se espera que alterem os seus comportamentos?
- *O que* se espera que aconteça? Condições ou alterações de comportamento.
- *Quanto?* Qual a extensão da condição esperada.
- *Quando?* Período de tempo em que se espera que aconteça a ação ou alteração de comportamento.

São exemplos de indicadores comportamentais, que podem ser expressos em termos de frequência, persistência, qualidade, nível ou prontidão (*promptness*), os termos: Adesão a medidas de prevenção ou proteção; Padrões de consumo; Lidar com (*coping*); Autocuidado; Utilização de serviços de saúde; e Adesão terapêutica.

4.3.2. Diagnóstico ambiental

A execução do diagnóstico ambiental depende de um bom diagnóstico epidemiológico e comportamental e pode ser facilitada se se focalizar nos aspetos sociais, mais do que nos aspetos físicos. Os fatores ambientais que mais interagem com os comportamentos são os organizacionais, os económicos (uma vez que podem ser modificados pela ação social) e as políticas de saúde. Por isso, uma grande parte das estratégias dirigidas ao ambiente resultam na elaboração de leis e regulamentos para restringir comportamentos que ameaçam a saúde dos indivíduos. Todavia, são necessárias estratégias de comunicação de saúde para estimulação do interesse público e apoio a essas leis e regulamentos.

A realização do diagnóstico ambiental segue as cinco etapas anteriormente descritas.

1ª etapa. Distinguir as causas comportamentais das não comportamentais. Esta etapa resulta da primeira etapa do diagnóstico comportamental.

2ª etapa. Eliminar as causas não comportamentais não modificáveis. Nesta etapa faz-se o inventário de fatores organizacionais, económicos e ambientais que se relacionam diretamente ou indiretamente com o comportamento e contribuam para o estado de saúde ou qualidade de vida. Os fatores genéticos, demográficos, históricos e culturais são variáveis não modificáveis no âmbito da promoção da saúde.

3ª etapa. Ordenar os fatores ambientais em função da importância. Para analisar os fatores ambientais em função da importância aplicam-se os seguintes critérios:

- Força da relação do fator ambiental com o problema de saúde;
- Incidência, prevalência ou número de pessoas expostas ao fator ambiental.

4ª etapa. Ordenar os fatores ambientais em função da possibilidade de mudança.

5ª etapa. Escolher os alvos ambientais.

Para estas duas etapas pode usar-se o mesmo método analítico de dupla entrada de modo a escolher os fatores ambientais que serão contemplados no programa.

Os indicadores ambientais podem ser expressos em termos de taxas, níveis de exposição, acessibilidade e equidade.

Nesta fase é importante ter sempre uma perspectiva de multicausalidade ao selecionar e priorizar os determinantes comportamentais e ambientais que serão alvo dos programas de promoção da saúde. Muitas das causas não comportamentais modificáveis são ambientais (ar, água, estradas) ou tecnológicas (adequação e acessibilidades dos serviços de saúde, equipamentos de saúde) e podem ser influenciadas pelo comportamento público, das pessoas afetadas ou por uma ação coletiva. A distinção entre diagnóstico comportamental e ambiental resulta do facto de que as atividades de promoção da saúde visarão a modificação dos comportamentos e estilos de vida enquanto que as atividades de proteção de saúde se relacionam com o ambiente físico - visam controlar potenciais ameaças à saúde e garantir a segurança dos indivíduos/grupos. Contudo, ambas se cruzam e são complementares.

4.4. Diagnóstico educacional e organizacional

As etapas precedentes permitiram uma clara compreensão dos contextos de vida das pessoas, dos seus problemas de saúde mais relevantes e dos determinantes com mais impacto no seu estado de saúde. Terminada a etapa anterior, cada comportamento e cada fator ambiental escolhido será o alvo do diagnóstico educacional e organizacional, respetivamente. Este diagnóstico permitirá identificar os fatores que têm de ser modificados para iniciar e manter o processo de mudança comportamental e que serão *o alvo das intervenções de promoção da saúde*. Refere-se, pois, à identificação e classificação dos principais fatores que têm o potencial de influenciar um determinado comportamento e/ou as condições de vida dos indivíduos em risco e que serão o foco da intervenção a planear.

Os fatores que influenciam os comportamentos individuais ou coletivos, inclusive as ações organizacionais relacionadas com o ambiente, conforme Green e Kreuter (1999) propõem (e atrás referido), agrupam-se em três categorias: fatores predisponentes; fatores facilitadores; e fatores de reforço. Afirmam que qualquer comportamento pode ser explicado em função da influência coletiva destes três fatores sobre o comportamento de saúde/doença: da sua influência resulta a presença ou ausência, assim como, manutenção ou cessação do comportamento.

Sumariamente, segundo o modelo, o comportamento de saúde é explicado da seguinte forma: um indivíduo tem uma razão inicial para agir (impulsão ou motivação). Essa razão (fator predisponente) pode não ser suficiente para manter o comportamento se o indivíduo não tiver habilidades e/ou recursos para tal (fator facilitador). O comportamento pode ser incentivado, facilitado ou reforçado (intenção de comportamento) pelos recursos ou pelo efeito desse comportamento (fator de reforço) que pode ser uma reação pessoal (física e/ou psíquica) ou social.

O conceito de intenção de comportamento está subjacente à teoria da ação racional e de conscientização que defendem que este é o último passo no processo de predisposição à mudança de comportamento. A intenção de comportamento é influenciada pelas atitudes face ao comportamento e pela percepção de normas sociais favoráveis ao mesmo. Estas atitudes são influenciadas pelas crenças relativas à eficácia da ação para obter os resultados esperados e pela atitude para com esses. A percepção sobre as normas sociais é influenciada pelas crenças acerca da importância da opinião das outras pessoas sobre esse comportamento e pela motivação do indivíduo em cumprir de acordo com esses outros significantes.

4.4.1. Fatores predisponentes

Fatores predisponentes são os conhecimentos, crenças, valores e necessidades/habilidades sentidas, relacionadas com a motivação dum indivíduo ou grupo para agir. São antecedentes do comportamento que podem facilitar ou dificultar a motivação dos indivíduos para a mudança comportamental, podendo ser modificados através da comunicação direta (comunicação e educação em saúde). Na maioria, são do domínio psicológico. Pode-se incluir nesta categoria as dimensões cognitivas e afetivas do conhecer, sentir, acreditar, valorizar, ter autoconfiança ou autoeficácia.

Os fatores de personalidade também predispoem para os comportamentos mas não se consideram no âmbito dos programas de promoção da saúde por requererem técnicas de intervenção psicoterapêuticas a longo prazo.

Os fatores sócio-demográficos como a idade, género, estatuto social ou o tipo de família predispoem o comportamento mas não se consideram fatores predisponentes neste modelo por não serem passíveis de alteração através de programas de promoção de saúde. Contudo, são úteis para segmentar as populações e direcionar as intervenções de caráter universal, seletivo ou indicado.

Certas habilidades como a autoeficácia podem predispor para a ação mas normalmente as capacidades dos indivíduos ou das organizações são consideradas como fatores de reforço.

Conhecimento e consciência: O aumento de conhecimento por si só nem sempre provoca mudança de comportamento, mas há associação positiva com as variáveis mudança de comportamento e mudança organizacional. Os conhecimentos em saúde são geralmente necessários para que se aja conscientemente. Porém, uma mudança num comportamento de saúde, provavelmente não ocorre sem que haja uma forte sugestão que desencadeie a motivação para agir consoante esse conhecimento adquirido. Um nível básico de conhecimento em saúde será necessário para que certos comportamentos de saúde ocorram, mas informação mais detalhada nem sempre promove mais mudança

comportamental. O mesmo sucede na mudança organizacional: a tomada de decisão depende da aquisição de conhecimento mas só acontece se forem tidos, em linha de conta, fatores políticos de reforço e de facilitação.

A motivação normalmente tem por base outras fontes além do mero conhecimento dos factos mas é tão ridículo afirmar que não são necessários conhecimentos como só os conhecimentos fazem a diferença. A perspetiva mais apropriada é a de que os conhecimentos são necessários, mas normalmente não são fator suficiente para gerar mudança de comportamentos individual ou coletiva.

Portanto, o comportamento de saúde pode não acontecer como resposta às mudanças no conhecimento ou na tomada de consciência, mas o efeito cumulativo da consciência, do aumento da compreensão e maior domínio (reconhecer e recordar) de factos leva à alteração no sistema de crenças, valores, atitudes, intenções, autoeficácia e, eventualmente, no comportamento.

Atitudes, valores, crenças e sentimentos são construtos independentes mas, neste modelo englobam-se, numa mesma categoria. As relações entre comportamento e os construtos atitudes, crenças e valores não estão claramente esclarecidos, mas demonstram associação suficiente para serem considerados fatores predisponentes.

As *crenças* são a convicção de que um fenómeno ou objeto é real e verdadeiro. Fé, confiança e verdade são as palavras usadas para expressar crenças. Green e Kreuter (1999) utilizam pressupostos do modelo de crenças em saúde para explicar as mudanças nos comportamentos de saúde em termos das mesmas:

- 1º. O indivíduo acredita que é suscetível ao problema mesmo na ausência de sintomas;
- 2º. O indivíduo percebe a gravidade do problema em termos de doença, perdas económicas e sociais;
- 3º. Em função das circunstâncias, o indivíduo acredita que os benefícios obtidos pela adoção do comportamento recomendado se sobrepõem aos custos e inconvenientes do problema;
- 4º. Tem de haver uma força que precipite, uma sugestão para a ação, que faça com que o indivíduo sinta a necessidade de modificar o seu comportamento.

Este último ponto é fundamental pois a educação em saúde pode proporcionar a sugestão para a ação, se as crenças foram corretamente identificadas e as intervenções adequadamente desenhadas.

Duas das dimensões do modelo de crenças em saúde, suscetibilidade e crença na gravidade das consequências, podem ser interpretadas como medo da doença ou

problema. O medo é uma força motivacional forte mas contém a dimensão ansiedade, além da crença. Esta ansiedade deriva da combinação do sentimento de suscetibilidade e crença na gravidade das consequências com o sentimento de esperança ou impotência de não fazer nada sobre um problema vago ou difuso. A sua combinação pode produzir uma resposta de negação ou racionalização do problema como inexistente. Assim, as mensagens ameaçadoras na educação em saúde podem ser contraproducentes a não ser que as mesmas se façam acompanhar de ações em que os indivíduos possam aliviar o medo e sentir controlo ou autoeficácia.

Os valores são a perspetiva cultural e intergeracional das consequências dos comportamentos. Os valores tendem a ser semelhantes em subgrupos étnicos ou grupos populacionais que estão sob a mesma influência cultural e histórico-geográfica. Determinam a perspetiva de cada indivíduo sobre o que é o certo e o errado, o bem e o mal relacionado com determinado comportamento, estando os valores pessoais inseparavelmente relacionados com as escolhas comportamentais. A educação em saúde não deve visar a alteração dos valores, mas sim explorar as inconsistências entre os valores ideais, normalmente de saúde positiva, e o comportamento ou ambiente dos indivíduos/grupos, que podem ser não saudáveis. Reconhecer os valores dos subgrupos populacionais é também importante no desenho das intervenções educativas, devendo estes ser respeitados e preservados.

A *atitude* é um dos conceitos mais frequentemente utilizados nas ciências do comportamento. Mucchielli, citado por Green e Kreuter (1999), descreve atitude como uma tendência ou sentimento relativamente estável acerca de um objeto, pessoa ou situação. Para Kirscht, citado pelos mesmos autores, atitude é o conjunto de crenças que contém um aspeto avaliativo, ou seja, que pode ser posicionado em termos negativos ou positivos. Difere dos valores por estar associado a objetos, pessoas ou situações específicas e sustentado por um ou mais valores. Na hierarquia de Rokeach, citado por Green e Kreuter (1999), os valores estão mais enraizados e, portanto, são menos suscetíveis de mudança do que as atitudes e as crenças. Tendo em conta estes dois conceitos de sentimento constante face a um objeto, pessoa ou situação, é possível medir atitude através de diferenciais semânticos. Esta técnica consiste em questionar os indivíduos acerca duma afirmação, posicionando-se entre antónimos, normalmente medidos por escalas do tipo Likert.

A *autoeficácia* é a percepção que cada indivíduo tem sobre a sua capacidade de organizar um determinado padrão de comportamento com sucesso, baseado na sua experiência prévia com ações semelhantes ou circunstâncias que vivenciou e/ou que observou no passado. O conceito de autoeficácia deriva da teoria da aprendizagem social e tem especial interesse na educação em saúde, uma vez que defende o mesmo princípio dominante na promoção da saúde e que se descreve na Carta da Ottawa - processo de capacitar os indivíduos para aumentar o controlo ou melhorar a sua saúde. A autoeficácia implica um estado mental ou cognitivo de assumir o controlo. Inerente à conceção de aprendizagem social, está a ideia de

que os indivíduos autorregulam as suas ações e o seu ambiente. Ao mesmo tempo que as pessoas agem sobre o seu ambiente, ajudam a criar os seus espaços de vida. Este conceito de determinismo recíproco associado à noção de autogestão e autocontrolo é a base da teoria da aprendizagem social. Assim, a aprendizagem acontece a partir de três processos: a experiência direta; a experiência indireta por observação de outros (modelação); e o processamento de informação complexa que antecipa a consequência das ações.

A autoconfiança e a autoeficácia podem ser capacidades pré-existentes e que predis põem para a adoção de novos comportamentos. A *autoconfiança*, ou sentimento de segurança, está intimamente relacionada com a autoeficácia e a intenção de comportamento. Além da influência no comportamento, a autoeficácia afeta os padrões das reações emocionais que podem aliviar a ansiedade e incrementar a habilidade de *coping*. Por exemplo, torna-se particularmente útil em indivíduos que pretendem deixar de fumar ou querem modificar padrões de comportamento compulsivo, mas experienciaram recaídas. A variável autoeficácia demonstra também grande utilidade no planeamento de programas de promoção da saúde que utilizam os *mass media* com mensagens de autocontrolo, modelação e aprendizagem vicariante.

Têm sido desenvolvidos vários instrumentos para medir a autoeficácia, existindo já várias escalas validadas em vários domínios da promoção da saúde.

4.4.2. Fatores facilitadores

Os fatores facilitadores serão o alvo das intervenções organizacionais e comunitárias de um programa de promoção da saúde. Consistem nos recursos e novas competências necessárias para assumir um comportamento de saúde, bem como nas atividades organizacionais requeridas para modificar o ambiente. Os fatores facilitadores são normalmente as condições ambientais que simplificam a *performance* na mudança dos comportamentos de indivíduos, grupos e/ou organizações. Incluem a disponibilidade, acessibilidade e o fornecimento de serviços de saúde e de recursos comunitários. Incluem, também, as condições de vida que atuam como barreiras à ação. Enquadram-se na categoria de fatores facilitadores as novas competências que o indivíduo, grupo ou organização têm de desenvolver para que haja mudança comportamental. Podem ser as barreiras criadas principalmente pela pressão social ou pelas organizações.

Para planejar intervenções diretas para modificar os fatores facilitadores deve avaliar-se a presença ou ausência dos mesmos na comunidade em causa. Trata-se do diagnóstico organizacional dos recursos e das competências requeridas.

O conceito *novas competências* refere-se às capacidades dum indivíduo que contribuem para assumir um novo comportamento de saúde, ou seja, às competências para a

promoção da saúde que incluem a capacidade de controlar os seus fatores de risco individuais, para utilizar adequadamente os serviços de saúde e para promover alterações no seu meio ambiente. Por exemplo, num programa de redução de peso, o indivíduo/grupo deve ter capacidade de modificar o seu ambiente familiar e/ou de trabalho, de forma a ter disponibilidade e acesso a alimentos hipocalóricos e realizar atividade física, necessitando, para isso, de ser assertivo. Para cada fator de risco comportamental identificado no diagnóstico comportamental devem ser definidas as novas competências a adquirir como, por exemplo, referência e procura dos profissionais/serviços adequados e obediência a normas/leis que podem influenciar o meio ambiente e até organizações como os serviços de saúde.

Os *recursos* incluem a organização, disponibilidade e acessibilidade aos cuidados de saúde e outros equipamentos sociais. Para facilitar o desenvolvimento de comportamentos de prevenção, autocuidado ou de tratamento é necessária a existência e disponibilidade de serviços de saúde como centros de saúde, hospitais, clínicas, serviços de urgência, oficinas de treino de competências pessoais e outros equipamentos/serviços relacionados com a saúde. Deve avaliar-se a disponibilidade, o custo, a distância e acessos, os horários, o fornecimento dos serviços, a aceitação social e adequação cultural desses mesmos serviços. Ainda neste âmbito poderá ser necessário que os profissionais de saúde desenvolvam novas competências de forma a viabilizar ações de saúde específicas como, por exemplo, novas abordagens de vigilância de saúde ou de educação em saúde.

Por outro lado, é importante consultar e envolver os próprios serviços no planeamento de intervenções de promoção da saúde para não se correr o risco de defraudar as expectativas dos indivíduos/grupos face à utilização desses serviços na reorganização de comportamentos de saúde. Por exemplo, promover um rastreio sem estar prevista a resposta adequada de aferição e tratamento pode ter consequências negativas em termos de promoção da saúde e mobilização comunitária.

As *condições ambientais* podem influenciar positiva ou negativamente os fatores de risco comportamentais. A disponibilidade, a acessibilidade e o baixo custo de determinados produtos não saudáveis é um importante fator facilitador de doença. São disso exemplos a *fast-food*, as máquinas de distribuição de tabaco e bebidas e o saneamento básico. Para cada fator de risco comportamental identificado no diagnóstico comportamental podem ser identificados fatores facilitadores ambientais que incentivam ou impedem a ação desses fatores ambientais.

Nos programas de promoção da saúde em que se pretende aumentar a capacidade dos indivíduos alterarem as suas condições de vida e/ou meio ambiente é necessário avaliar se têm a possibilidade de influenciar as organizações comunitárias, incluindo competências

de organização comunitária, cooperação, angariação de fundos, negociação, lidar com os *mass media*, etc.. Esta avaliação é muito importante neste tipo de programas, pois menosprezar estes aspetos pode pôr em causa todo o processo.

4.4.3. Fatores de reforço

Fatores de reforço são as consequências da ação e que determina se o seu autor recebe *feedback* positivo ou negativo, sendo estas consequências apoiadas socialmente. Existem diferentes tipos de recompensa obtidos pela adesão à mudança comportamental que podem encorajar ou não a manutenção do comportamento de saúde desejável: consequências físicas; apoio social; influência dos pares; e reforço dos profissionais de saúde. São disso exemplos alguns desses fatores:

- Benefícios físicos (bem-estar, conforto e alívio de sintomas);
- Redes de apoio e referência (reconhecimento da família e amigos);
- Benefícios sociais (reconhecimento e aceitação pela comunidade);
- Benefícios económicos (redução nas despesas);
- Recompensa vicariante (aparência, imagem e identificação com modelos).

Os fatores de reforço também incluem consequências negativas que podem levar à extinção do comportamento positivo. O reforço negativo acontece quando se perde algo prazeroso (ou com mais benefícios) que o novo comportamento. Este aspeto deve ser tido em conta no planeamento das intervenções de promoção da saúde, desenhando intervenções faseadas como, por exemplo, a redução progressiva de certos consumos nocivos ou a descoberta de novos prazeres.

Para cada fator de risco comportamental, identificado no diagnóstico comportamental, devem ser definidos fatores de reforço para que se possam definir estratégias de promoção dos reforços positivos e antecipação dos reforços negativos. De salientar que, mesmo que o reforço seja positivo, a intensidade deste depende das atitudes e comportamentos das diversas pessoas significantes (influência dos pares, da família ou do melhor amigo). Os comportamentos para modificar o ambiente ou condições dos serviços de saúde podem ser influenciados pelos fatores de reforço: o apoio comunitário ou social pode reforçar comportamentos individuais de cooperação com grupos de defesa que visam essas mudanças.

Normalmente espera-se a influência dos fatores de predisposição, facilitação e reforço sobre o comportamento, com uma certa sequência:

- 1º. Um indivíduo tem uma razão, impulso ou motivação para exibir um determinado comportamento (fator predisponente). Este fator pode ser suficiente para iniciar

o comportamento mas não o suficiente para o manter, a não ser que possua os recursos e habilidades necessários para tal;

2º. A motivação é influenciada pela distribuição e uso dos recursos que facilitam a ação (fatores facilitadores);

3º. Normalmente, do resultado dessas ações há reação emocional, física ou social (fatores de reforço);

4º. Esse reforço, se positivo, fortalece o comportamento;

5º. Incrementa os futuros recursos;

6º. Aumenta a motivação;

7º. A satisfação e as recompensas proveitosas relacionadas com o comportamento tornam-no mais atrativo de repetir, tornando-se gradualmente num fator predisponente;

8º. Por outro lado, a construção de um reforço social a um determinado comportamento pode levar ao desenvolvimento do fator facilitador sob a forma de apoio social e assistência (reforço ou criação de serviços comunitários).

A noção de influência coletiva e não determinística é importante na compreensão da natureza multifatorial e multidimensional dos comportamentos de saúde/doença, pois uma multiplicidade de fatores podem incrementar ou reduzir a possibilidade de determinada ação/comportamento acontecer. Excepcionalmente, pode dar-se que um comportamento altamente motivado derive em déficit de recursos ou recompensas; um comportamento bem recompensado ocorre na ausência de crença sobre o seu valor positivo. Mas, normalmente, as três condições (predisposição, facilitação e reforço) devem estar alinhadas para que o comportamento ocorra e persista ou cesse.

Para vários autores, qualquer plano de promoção da saúde que não contemple estas três condições torna-se ineficaz. Por exemplo, quando um programa visa apenas a disseminação de informação para aumentar o interesse e os conhecimentos (fatores predisponentes), não reconhecendo a influência dos fatores de facilitação e de reforço, geralmente só tem efeito nos indivíduos que já possuem as habilidades, os recursos e as recompensas necessárias à mudança de comportamentos. Por outro lado, a implementação de políticas públicas saudáveis sem incluir processos de comunicação em saúde pode ser ineficiente ou mesmo produzir mais desigualdades.

Com o diagnóstico educacional e organizacional são examinados, para cada comportamento ou fator ambiental, os fatores que o influenciam predispondo, facilitando ou reforçando. Esta análise permite a identificação da prevalência e intensidade de cada fator, assim como a compreensão da complexa interação entre os mesmos. A categorização nesta perspectiva tridimensional permite organizar as intervenções de:

- Comunicação direta com a população alvo para agir sobre os fatores predisponentes;
- Comunicação indireta com as redes de referência da população alvo (pais, professores, pares, líderes comunitários e outros) para agir sobre os fatores de reforço;
- Organização comunitária, intervenções políticas e treino de competências para agir sobre os fatores facilitadores.

A identificação dos fatores predisponentes, de reforço e facilitadores são uns dos aspetos fulcrais do modelo *PRECEDE*. Dado que não é possível intervir em todos os fatores em simultâneo, é necessário definir prioridades entre categorias - diferentes problemas requerem diferente ordem de intervenção. Na abordagem para identificar estes fatores como determinantes dos comportamentos de saúde podem usar-se diversas estratégias. Green e Kreuter (1999) propõem três etapas:

- Identificar os fatores nas três categorias (predisponentes, de reforço e facilitadores) e ordenar (positivos, negativos);
- Definir prioridades entre categorias;
- Definir prioridades dentro de cada categoria.

Para identificar e ordenar os fatores podem utilizar-se técnicas informais ou formais. Nas *técnicas informais* podem ser usadas técnicas de consenso; contudo, se forem consultados representantes dos grupos alvo, as informações obtidas podem ser mais úteis do que aquelas que se obtém apenas da consulta de profissionais de saúde. São exemplo de técnicas de consenso: *worldcafé*; grupos nominais; *brainstorming*; e painel Delphi. O objetivo desta fase é fazer o inventário de todos os potenciais alvos de mudança que podem melhorar a situação de saúde.

As *técnicas formais* são a investigação documental (meta-análise), questionários e análise de segmentos de mercado. A aplicação de questionários em amostras representativas da população-alvo é muito útil para recolher e organizar informação relevante, especialmente para identificar conhecimentos, crenças e atitudes relacionadas com determinados problemas de saúde ou a perceção acerca dos serviços de saúde.

Se, ao organizar os fatores, existir dificuldade em decidir se é predisponente, de reforço ou facilitador, deve colocar-se esse mesmo fator nas categorias que se considera aplicáveis, pois estas não são mutuamente exclusivas. Com esta organização será permitido definir os objetivos operacionais de acordo com os fatores identificados, para que as estratégias e ações de comunicação sejam organizadas nesse sentido:

- Predisponente - comunicação direta;
- De reforço - comunicação indireta;
- Facilitador - estratégias organizacionais ou de treino de competências.

A definição de prioridades dentro de cada categoria pode ser elaborada tendo em conta os mesmos critérios estabelecidos no diagnóstico comportamental - importância e possibilidade de mudança. A importância pode ser estimada a partir da avaliação da prevalência ou da necessidade de acordo com a lógica, a experiência, os dados obtidos ou evidência científica (resultados de outros programas semelhantes). Por exemplo, quando se trata de detetar precocemente um problema de saúde, pode ser necessário adequar primeiro os serviços de saúde, antes de mobilizar os indivíduos para a deteção precoce desse problema. No caso de resolução de problemas de adição, a potencialização dos fatores de reforço, como o apoio social, é prioritária. Por outro lado, as mudanças nos fatores facilitadores são geralmente de médio e longo prazo.

O diagnóstico educacional e organizacional completa-se com a redação dos *objetivos de aprendizagem* e de *afetação de recursos*. Os objetivos de aprendizagem definem os fatores predisponentes e as habilidades que serão alvo de intervenção. A partir destes estabelecem-se os critérios de avaliação do programa. Podem também ser estabelecidos objetivos de aprendizagem para os subgrupos de indivíduos que reforçam a população alvo. Os recursos que deverão ser mobilizados até ao final do programa incluem, não só os humanos, materiais e financeiros, como ainda os *stakeholders* importantes.

4.5. Diagnóstico político e administrativo

Identificados os objetivos de mudança comportamental e de desenvolvimento organizacional a serem mobilizados pelo programa de promoção da saúde, o plano pode começar a ser convertido em intervenções de educação em saúde, políticas, regulamentos e desenho de estruturas/organizações. O diagnóstico político e administrativo consiste na determinação dos recursos e tecnologias necessárias e disponíveis para desenvolver e implementar um programa de promoção da saúde. Requer a avaliação dos recursos disponíveis ou a mobilizar para o programa, nomeadamente os recursos humanos, materiais e financeiros, identificar as barreiras à implementação do mesmo e, ainda, analisar as políticas vigentes que o suportam necessitam de ser alteradas. A fase de diagnóstico administrativo é, portanto, crucial pois, muitas vezes, determina a execução do programa ou não.

Esta avaliação permite fazer o cronograma das intervenções, definir os recursos e responsabilidades assim como o orçamento. Concluindo a fase *PRECEDE* do planeamento dum programa de promoção da saúde, prossegue-se para a fase de implementação e avaliação - a *PROCEED*.

4.5.1. Diagnóstico administrativo

O diagnóstico administrativo refere-se à análise da adequação das organizações e comunidades (nomeadamente dos recursos humanos, materiais e financeiros existentes) às atividades a executar no âmbito do programa, de forma a preparar a sua execução, uma vez que estes podem facilitar ou dificultar a sua implementação e desenvolvimento. Inclui a avaliação dos recursos necessários ao programa, da sua alocação (oportunidades e circunstâncias), da previsão do tempo de execução do programa e dos meios necessários para a sua implementação e manutenção. Integra três etapas consecutivas: avaliação dos recursos necessários; avaliação dos recursos disponíveis; e avaliação das barreiras à implementação.

Recursos necessários: Qualquer programa exige tempo, recursos humanos e financiamento. O tempo está diretamente relacionado com os objetivos comportamentais de mudança mas também com as estruturas organizacionais que implementam o programa, pois nem sempre é possível fazer o ideal. Constrangimentos financeiros e políticos podem influenciar a duração do programa. Os recursos humanos constituem geralmente o elemento mais oneroso dos programas e, também, o mais dependente das estruturas organizacionais, especialmente quando não existem na comunidade técnicos qualificados para as atividades a desenvolver. Em relação ao financiamento, por vezes, o recurso à mobilização comunitária é o último meio se os programas de promoção da saúde não são financiados pelo Estado. Muitas vezes, o acesso às bolsas de financiamento são uma solução de financiamento mas preconiza-se a sustentabilidade financeira dos programas.

Recursos disponíveis: Feita a previsão dos recursos necessários segue-se a análise organizacional para alocação dos recursos e, caso necessário, o desenvolvimento de atividades de angariação de fundos, que poderá ser feita mediante mobilização comunitária.

Barreiras à implementação: Green e Kreuter (1999) enunciam como obstáculos mais comuns: as atitudes de resistência à mudança e de angariação de recursos humanos; a complexidade; o conflito de funções; o tipo de mudanças; a familiaridade com os procedimentos e atividades do programa; o espaço; e a aceitação por parte da comunidade. Os autores insistem que, se desde a fase inicial de planeamento forem mobilizados os intervenientes no programa, se reduz significativamente a possibilidade de existirem barreiras.

4.5.2. Diagnóstico político

Feita a avaliação das barreiras administrativas, e previstas as ações para as reduzir ou eliminar, importa analisar as condições ambientais, políticas e legais relacionadas com o programa. O diagnóstico político permite identificar as forças e debilidades relacionadas com o contexto externo à organização, definir possíveis alianças e antecipar crises.

Políticas: Refere-se ao conjunto de objetivos e regras que orientam as atividades de uma organização ou administração. Os objetivos e atividades do programa têm de ser coerentes com os da organização que o vai implementar ou que colabora.

Implementação: Refere-se ao ato de converter políticas e objetivos programáticos em ações administrativas, de regulação e de organização.

Regulação: Refere-se ao ato de implementar políticas e estabelecer regras de funcionamento. A flexibilidade e performance da organização facilitam a implementação do programa.

Organização: Refere-se ao ato de organizar e coordenar os recursos necessários para implementar um programa. A coordenação do programa e a flexibilidade da equipa que o integra são fatores importantes para o sucesso do programa.

Organização comunitária: Refere-se ao conjunto de condições extraorganizacionais, procedimentos e processos que uma população e suas instituições utilizam para resolver um problema comum ou para atingir um objetivo. O contexto comunitário pode ser facilitador ou dificultar o desenvolvimento do projeto. Contudo, existem estratégias de mobilização e desenvolvimento comunitário que facilitam a implementação e manutenção de programas de promoção da saúde.

4.6. Uma nota sobre as estratégias de educação em saúde

A educação em saúde é uma atividade muito valorizada pela comunidade, principalmente se se referir a problemas concretos e percebidos pelos indivíduos/grupos. Por outro lado, a influência do fator temporal é crítica para a aprendizagem uma vez que, se não se verifica a transferência dos novos saberes no curto médio prazo, esses novos saberes e práticas não são integrados no quotidiano dos indivíduos. Freire (1997) sugere que a educação deve centrar-se nas crenças e conhecimentos coletivos, fazendo surgir os novos saberes como o resultado da interação dos indivíduos e de processos de discussão e reflexão sobre as histórias de vida, bem como experiências coletivas. A pedagogia da conscientização postula que:

- Conhecer é o produto da construção participada e crítica dos significados que se atribuem a uma dada realidade;
- As práticas educativas são efetivadas pela comunicação dialógica em que o saber se constrói em função do relacionamento entre interlocutores.

A educação em saúde viabiliza-se através de intervenções educativas em que se promove a aprendizagem relacionada com a saúde e pode produzir alterações relativamente

permanentes na compreensão ou modo de pensar, nas crenças, nas atitudes, nos comportamentos e nos estilos de vida. Para tal, é necessário facilitar a aquisição de conhecimentos, atitudes e habilidades, utilizando técnicas que o motivem a aprender. As tecnologias educativas são o ponto de articulação entre a teoria e a prática educativa pois consistem nas tecnologias utilizadas para promover a aprendizagem.

A escolha da tecnologia educativa depende dos objetivos de aprendizagem e da interação formador/formando. Se o formador tem uma atitude diretiva utilizam-se as técnicas tradicionais de ensino teórico - lição ou conferência. Se tanto o formador como o formando se envolvem no processo, então utilizam-se técnicas interativas. Na tabela 3 sistematizam-se algumas das tecnologias educativas mais utilizadas, de acordo com as abordagens educacionais. Para o ensino teórico, utilizam-se os métodos afirmativos: exposição com avaliação de retorno; demonstração; e manuais de instrução. Nas abordagens humanistas e para desenvolvimento de competências, utilizam-se os métodos e tecnologias interativas como trabalho de grupo, *role play*, debate, método de caso, grupo nominal, jogos pedagógicos, painel delphi ou cenários. O treino em contexto de trabalho/vida é uma forma de promover o ensino de competências.

Tabela 3

Tecnologias mais utilizadas segundo as abordagens educacionais

Abordagem prescritiva	Abordagem humanista	Abordagem de competências
Lições ou conferências	Diálogo em grupo	Ensino pela descoberta
Exercícios de repetição	Resolução de problemas	Questionários orientadores
Ensino programado	Jogos de papeis	Sumários e esquemas
Demonstrações	Painéis e seminários	Debates, discussões e reflexões
Memorização	Simulações	

Trindade (2002) propõe uma organização das tecnologias educativas, de acordo com os objetivos de aprendizagem e das atividades educativas que serão desenvolvidas (tabela 4). Se se pretende envolver os formandos em *atividades de investigação* e que possibilitam o seu desenvolvimento pessoal e social, as tecnologias mais frequentemente utilizadas são os estudos de caso, as atividades de observação e de resolução de problemas. Em educação em saúde estas técnicas podem ser efetivadas em inúmeras situações de ensino de grupo ou individualmente. Para envolver os formandos em *atividades de cooperação* é imprescindível o recurso a técnicas interativas como o trabalho de grupo,

os jogos pedagógicos e os projetos de intercâmbio de experiências. Todas as técnicas de consenso têm por base atividades de intercâmbio de informação e de cooperação que são um bom recurso para mobilizar a participação e o trabalho em equipa. Os grupos de ajuda mútua, de educação pelos pares e agentes multiplicadores são também um meio importante na educação em saúde.

Mas para o desenvolvimento de competências é fundamental promover *atividades de intervenção* das quais os autores referidos salientam as metodologias de projeto e o treino de habilidades em contexto. Em educação em saúde estas atividades efetivam-se em projetos de desenvolvimento pessoal (Planos Individuais) ou de grupo (Mobilização Comunitária).

Tal como já referido anteriormente, todos os programas de promoção da saúde incluem comunicação em saúde que se enquadram na categoria de *atividades de publicitação da informação*. Não devem ser utilizadas como estratégias dominantes de educação em saúde mas, em praticamente todas as intervenções educativas utilizam-se técnicas expositivas, os manuais e folhetos, os relatórios e, mesmo, os portfólios.

Tabela 4
Técnicas didáticas de acordo com as atividades educativas

Atividades de investigação	Atividades de intervenção	Atividades de cooperação	Atividades de publicitação da informação
Estudos de caso	Metodologia de projeto	Trabalho de grupo	Método expositivo
Atividades de observação: incluem as visitas de estudo e as entrevistas	Treino em contexto: Estágios em grupo e em tutoria	Técnicas de consenso	Manuais e Folhetos
Resolução de problemas		Projeto de intercâmbio de experiências	Relatórios
		Debates	“Portfólio”
		Jogos pedagógicos	

Atendendo às especificidades da educação em saúde, especialmente quando se trata de educação de adultos, poder-se-ia dissertar muito sobre a associação entre essas duas temáticas e implicações para a prática da educação em saúde. Contudo, tal explanação alongaria em demasia esta reflexão.

Importa apenas sintetizar alguns aspetos que devem ser considerados como princípios da comunicação pedagógica na educação em saúde, quer se utilizem métodos ativos ou

não ativos. Qualquer que seja a intervenção de comunicação ou educação em saúde, esta deve visar produzir alterações relativamente permanentes nas crenças, nas atitudes, nos comportamentos e/ou nos estilos de vida. Para tal consideramos necessário assumir modelos de conscientização preconizados por Freire (1997) e que se alicerçam neste conjunto de pressupostos:

- Definir, em conjunto com os indivíduos/grupos envolvidos no processo educativo, um plano de formação/educação onde estejam bem claros os pressupostos teóricos e os fenómenos a observar (aumento, correção ou aperfeiçoamento de saber, saber fazer ou saber ser);
- Facilitar a aquisição de conhecimentos, atitudes e habilidades, utilizando técnicas que motivem os indivíduos a aprender;
- Estabelecer a ideia de conjunto da tarefa a aprender, da sua utilidade, das partes que a compõem assim como da relação entre as partes com o todo;
- Relacionar os conhecimentos e habilidades a adquirir com as já adquiridas;
- Orientar a atenção dos indivíduos para os elementos novos a aprender;
- Fomentar a participação dos indivíduos/grupos;
- Criar um clima afetivo conducente à aprendizagem;
- Facilitar que os indivíduos assumam a responsabilidade da sua aprendizagem;
- Criar condições para que desenvolvam a capacidade de transferência e aplicação de conhecimentos;
- Promover a autoavaliação;
- Avaliar a aprendizagem dos formandos e a eficiência de ensino do formador.

Nesta perspetiva, os profissionais de saúde não podem exercer o controlo sobre os indivíduos e, por isso, as mensagens unidirecionais de educação em saúde não são eficientes. Pelo contrário, o envolvimento ativo entre os indivíduos participantes e os formadores é o fulcro do modelo de conscientização. É devolvido o poder ao participante pois a formação/educação parte das suas experiências de vida (especificamente de saúde/doença) e completa-se na proposta de ações de transformação da realidade pessoal e social. Do processo dialógico, que só se entende quando feito em pequenos grupos, identificam-se os temas geradores de reflexão (codificação), descodificam-se os valores e crenças que lhe estão subjacentes, constrói-se novos saberes e reconstróem-se as crenças para, por fim, se clarificarem as ações transformadoras.

Usando a pedagogia da conscientização (Freire, 2001), o formador estará a contribuir para um “presença curiosa e crítica do sujeito frente ao mundo”, uma “atuação

transformadora da sua realidade social” e a “reflexão crítica, de natureza pessoal, sobre o próprio sentido do processo de construção do conhecimento”. Será uma práxis educativa que visa promover transformações pessoais e sociais, ou seja, de desenvolvimento pessoal e organizacional. Neste processo, os educadores são sobretudo facilitadores de aprendizagem, responsabilizando-se por dinamizar o grupo, garantindo a interação entre os participantes e a participação de todos os elementos no processo dialógico.

Esta teoria do pensamento crítico tem grandes semelhanças com os princípios mais modernos da educação em saúde. Como educólogo, Freire enfatiza a participação ativa do indivíduo no seu próprio desenvolvimento, afirmando mesmo que sem este envolvimento, o desenvolvimento e crescimento da sua comunidade é impossível. Van Wyk (1999) refere que a teoria de Freire é geralmente útil para quem pretende promover o *empowerment* comunitário. Este autor refere que as intervenções bem sucedidas de conscientização em saúde, dirigidas a indivíduos/grupos, capacitam-nos para zelarem, não só pelos seus próprios interesses, como também pelo bem comum, condição essencial para a sua saúde e bem-estar. Promove-se, desta forma, o *empowerment* individual e coletivo em simultâneo.

5. Implementação de estratégias de promoção da saúde

Terminada a fase *PRECEDE* do planeamento dum programa de promoção da saúde, inicia-se a fase *PROCEED* que corresponde à implementação e avaliação. Fazem parte dos elementos para uma boa intervenção uma planificação eficaz, um financiamento adequado, uma organização qualificante, boa formação e supervisão dos recursos humanos, assim como, controlo adequado do processo de avaliação.

Iniciar o programa: Para iniciar o programa é necessário, antes de mais, a adesão e integração do programa nas atividades da organização. Para tal é necessário ultrapassar as barreiras internas que, muitas vezes, passam por redefinição de funções, formação profissional, reorganização de espaços ou atribuição de responsabilidades. A formação e supervisão dos recursos humanos constitui a pedra angular de implantação do programa, por isso, deve ser prevista e pode necessitar de planeamento específico. Caso contrário, o sucesso fica dependente da experiência, da capacidade de resposta à mudança, da sensibilidade às necessidades da população-alvo, do bom senso e das relações interpessoais (especialmente cooperação e humor) dos elementos da equipa. A alocação atempada dos recursos materiais é também um aspeto importante pois pode pôr em causa o desenvolvimento do programa. Quando o programa inclui parcerias com outras organizações é crucial a clarificação de funções e atividades de cada uma, bem como, as responsabilidades em matéria de recursos financeiros e humanos.

Manutenção do programa: Segundo Green e Kreuter (1999), uma das dificuldades mais frequentes dos programas de promoção de saúde é a sua sustentabilidade, ou seja, manter-se em funcionamento para além da sua implementação. Os programas com efeitos a curto prazo podem levar ao seu termino, sem que se considere como desperdício. É o caso do controlo de doenças infecciosas curáveis. Contudo, os programas com efeitos a longo prazo estão sujeitos às variações sócio-políticas das estruturas organizacionais que os subscrevem. Por exemplo, a eleição de um novo conselho diretivo na organização hospedeira, com orientações políticas diferentes das do conselho da que subscreveu, podem determinar o fim do apoio e financiamento dos programas. Green e Kreuter (1999) sugerem que a autossustentabilidade financeira e a institucionalização são formas de garantir a não extinção dos programas enquanto não forem obtidos os resultados esperados.

6. Avaliação das intervenções de promoção da saúde e aplicabilidade em saúde comunitária

A avaliação consiste, fundamentalmente, na valoração da importância do programa para a resolução dos problemas de saúde encontrados. Consiste não só na avaliação da qualidade da implementação e do desenvolvimento das atividades do programa, como na verificação da melhoria na qualidade de vida, dos indicadores de saúde, da modificação positiva nos fatores comportamentais e ambientais e/ou nos fatores predisponentes, facilitadores e de reforço. A avaliação permite conhecer os obstáculos e os fatores facilitadores da implementação do programa, visualizando os resultados a curto, médio e longo prazo. Dito isto, é um recurso para manter ou extinguir um programa.

Na perspetiva do modelo de Green e Kreuter (1999), a avaliação compreende a avaliação de processo, de produção (*output*) e de resultados (*outcomes*).

Avaliação de processo: Consiste na descrição das condições de iniciação e desenvolvimento do programa, das atividades desenvolvidas e da reação dos participantes. Esta informação sobre o processo de funcionamento do programa é o primeiro nível de informação. A *monitorização das atividades* a partir de suportes de informação sistemática é uma forma eficaz de recolher dados válidos para análise. Implica um processo de avaliação contínua. Os *relatórios de execução* são a forma ideal de manter atualizada a análise de situação e fundamentar a introdução de pequenas correções no planeamento. Estas podem ser, por exemplo, ajustes nas atividades e/ou recursos materiais ou reajustes culturais, para os produtos/atividades se adequarem melhor às necessidades dos indivíduos. Devem ser avaliadas as atividades, os métodos, a satisfação dos participantes (população-alvo e equipa) e a adequação dos

produtos/atividades. A avaliação do processo permite mais precisão na interpretação e, eventualmente, na generalização dos resultados.

Avaliação de produção: A avaliação de produção permite conhecer os efeitos imediatos do programa tais como o nível de consecução dos objetivos comportamentais e ambientais relacionados com os fatores de predisposição, facilitação e reforço. Trata-se duma avaliação a curto prazo. A clareza, a especificidade e a exequibilidade dos objetivos definidos são o fulcro da avaliação de produção do programa. A este nível, a qualidade da avaliação beneficia se estiverem bem operacionalizados os indicadores dos comportamentos e condições ambientais e for feita uma avaliação inicial, comparável com a final. Daí a importância de definir com clareza os instrumentos de recolha de dados na fase diagnóstico comportamental e ambiental, de preferência recorrendo a tecnologias já validadas.

Avaliação de resultados: Este nível de avaliação fecha o círculo do planeamento, ou seja, fornece novos dados para programação em saúde. A avaliação de resultados refere-se à análise dos indicadores de saúde (identificados no diagnóstico epidemiológico) e de qualidade de vida, verificando as modificações ocorridas nos comportamentos e condições ambientais e atribuíveis ao programa. Por isso, esta avaliação é feita a médio ou longo prazo, dependendo do impacto esperado do programa sobre a saúde da população-alvo.

Os autores do modelo fornecem, no seu site, instruções para sua utilização em estudos de investigação, definir as questões segundo algumas directizes (Green, 2004), mas colocam duas fundamentais para se estabelecer o plano de avaliação:

- O que se quer avaliar?
- Quais são as medidas possíveis em função da capacidade, do tempo disponível e dos recursos da organização responsável pelo programa?

Todavia, quando se aborda o tema intervenções de promoção da saúde quase sempre se colocam as seguintes questões: Será a promoção da saúde uma forma de reduzir os gastos com os tradicionais cuidados de saúde? Como se sabe se as iniciativas de promoção da saúde são efetivas? Como garantir a sustentabilidade das intervenções?

Avaliar a qualidade das ações e dos serviços de saúde é fundamental. O conhecimento do desempenho dos serviços constitui um elemento de vital importância na dinâmica evolução de um sistema de saúde, desejável e economicamente viável em qualquer país. Teoricamente, pode avaliar-se qualquer intervenção, cuidado de saúde ou organização, abrangendo prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação, procedimento, produto, programa, serviço, componentes isolados ou a totalidade do sistema de saúde. McKenzie,

Pinger, e Kotecki (2002), descrevem algumas metas de desempenho e critérios para atingir a qualidade desejada nos serviços de saúde:

Eficácia - Capacidade de produzir o efeito desejado em condições ideais de uso;

Efetividade - Capacidade de produzir o efeito desejado, quando em uso rotineiro; relação entre o impacto real e o impacto potencial;

Eficiência - Relação entre o impacto real e o custo das intervenções;

Equidade - Distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população;

Acesso - Remoção de obstáculos à utilização dos serviços disponíveis;

Adequação - Número suficiente de serviços em relação às necessidades e à procura;

Aceitação - Fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais ou de outra natureza, com as expectativas dos utilizadores potenciais;

Qualidade técnico-científica - Aplicação das ações de acordo com o conhecimento e a tecnologia disponíveis.

A questão do *custo* tem sido *pano de fundo* para um cenário em que todos os atores (políticos, gestores e profissionais de saúde) se mostram insatisfeitos, apontando para a necessidade de revisão do modelo de gestão dos sistemas de saúde. Dessa forma, afirma-se que o modelo assistencial necessita de uma atividade mais racional de oferta de serviços, de forma a se obter uma relação mais favorável em termos de custo-benefício e custo-efetividade.

Para isso, o desenvolvimento de qualquer tipo de atividade deve estar fundamentado num processo competente de planeamento e avaliação de ações de saúde que sejam direcionadas para a satisfação das necessidades/problemas dos beneficiários e executadas por meio de modelos que garantam a resolução com menor custo para o sistema. Além disso, conforme já se referiu anteriormente, ainda no planeamento da intervenção, deve prever-se que a avaliação seja subsidiada por informações obtidas a partir da aplicação de métodos epidemiológicos observacionais ou dos ensaios da epidemiologia clínica, e que a avaliação de resultados em termos de custo e efeitos nos níveis e nas condições de saúde dos beneficiários se possa fundamentar em modelos de estudos económicos.

Analisar o valor das intervenções de promoção da saúde permite demonstrar até que ponto uma atividade teve sucesso ou em que grau falhou para atingir os objetivos inicialmente propostos. É comparar algo em relação a um padrão de aceitabilidade, de custo/benefício, de eficiência, de eficácia ou de reação dos participantes. Mas não pode ser encarada como um julgamento pois a crítica pode levar à rejeição, demissão e interrupção das atividades. Por isso mesmo, deve ser uma abordagem que vise a melhoria contínua dos serviços prestados pelo programa de promoção da saúde.

Existem vários desenhos de avaliação: quantitativos e qualitativos. Estes devem ser previstos ainda na fase de planeamento da intervenção. Downie, Tannahill e Tannahill (1996) categorizam os desenhos de *avaliação quantitativos* em três grandes grupos: experimental; caso-controlo; e comparação de grupos. Estes autores alertam para a necessidade de clarificar bem que dados serão recolhidos, quando e como e, tratando-se de intervenções, averiguar se estas determinam efetivamente os resultados obtidos (validade interna) e se se pode esperar que o mesmo programa produza efeitos semelhantes noutra população (validade externa). Os desenhos de avaliação qualitativos podem ser os estudos de consenso (*focus group*, painel delphi ou grupo nominal) ou ainda estudos etnográficos ou de caso.

6.1. Repercussões no estado de saúde

As alterações sociais ocorreram sempre e, uma vez que a saúde é influenciada por variáveis sociais, o estado de saúde das comunidades onde acontecem essas mesmas mudanças também se altera. Por vezes, a mudança no estado de saúde é quase imediata, especialmente quando estão em causa os requisitos básicos de saúde: paz; alimentação; serviços de saúde básicos; e rendimentos. Noutras situações, as repercussões no estado de saúde são mais lentas e quase impercetíveis, sem contudo serem menos importantes. É disso exemplo a decisão coletiva de reduzir a fecundidade que as mulheres iniciaram há cerca de 150 anos e que se repercute hoje em dia como efeito positivo na saúde das comunidades.

Todavia, a mudança social não é previsível mas baseia-se no que já existe e pressupõe que se produzam modificações pelo menos ao nível da retórica, políticas e comportamentos. Revuelta e Diaz (2006) apresentam como exemplo a mudança social relativa aos maus-tratos infantis. Na maioria dos países desenvolvidos, evoluiu-se no sentido de reduzir os castigos corporais mas a mudança só se pode considerar efetiva quando no discurso público é reprovável o uso da força na educação das crianças (retórica), se as políticas reduzem a margem de aceitação da violência infantil quer legislando quer promovendo a educação dos pais (políticas) e se nos comportamentos das pessoas se generalizar o não-maltrato, quer em público quer no ambiente doméstico.

Em relação ao controlo de doenças infecciosas ou crónicas, se são bem conhecidos os mecanismos de aparecimento e transmissão de doença, o que se espera de um programa bem delineado é reduzir a aquisição de doença; reduzir a prevalência de doentes não diagnosticados e de complicações da doença; melhorar os cuidados de saúde aos indivíduos doentes ou portadores de doença; e reduzir o estigma associado à doença. Porém, é fundamental promover a mudança social, uma vez que a adesão às medidas de prevenção, segurança e proteção, tal como a procura atempada de cuidados

de saúde, dependem não só das atitudes e comportamentos individuais como das condições de acessibilidade aos serviços de saúde e apoio social e das estratégias de apoio e reforço, para que se erradique e/ou controle as mesmas.

7. Aplicação do modelo *PRECEDE-PROCEED* em enfermagem

Green e Kreuter (1999), Loureiro e Miranda (2010) e Mialhe e Silva (2011) propõem a sua aplicação em comunidades em risco de exclusão social ou grupos populacionais mais vulneráveis, confirmando a sua utilidade na identificação criteriosa das necessidades em saúde das populações-alvo. Daí, procedeu-se a uma revisão da literatura sobre a aplicação do modelo *PRECEDE-PROCEED* em enfermagem, colocando os termos ENFERMAGEM ou NURSING conjugados com os termos *PRECEDE-PROCEED* nas bases LILACS, SCIELO, MEDLINE e Portal de Pesquisa da BVS e selecionaram-se os artigos pelo resumo. Encontraram-se pouco artigos que referiam a utilização deste modelo de planeamento em promoção da saúde em enfermagem e apenas um em Portugal (Brito, 2007). A autora tem coordenado a aplicação deste modelo no primeiro ensino clínico da licenciatura de enfermagem em Cabo Verde (Brito, Carvalho, Bettencourt, Mota, & Cruz, 2014), que tem como finalidade proporcionar aos estudantes de enfermagem uma oportunidade de conhecer a pessoa no seu ambiente natural, demonstrando competência cultural. Apresenta-se de seguida uma sugestão de aplicação do modelo *PRECEDE-PROCEED* em enfermagem.

Na fase inicial (*PRECEDE*) realiza-se o diagnóstico de situação de saúde de um grupo comunitário previamente identificado, segundo as seguintes dimensões:

1. Situação social - Condições sócio-económicas e de qualidade de vida

Os dados a recolher serão obtidos por observação de campo e entrevistas a informadores-chave (líderes comunitários, professores, profissionais de saúde). Para facilitar a sistematização dos dados propõe-se:

- 1.1. Enquadramento geodemográfico - Descrever a localização da comunidade em estudo, o relevo geográfico, aspeto geral, ordenamento habitacional, rede viária, acessibilidades, recursos de comunicação e transportes.
- 1.2. Recursos básicos de qualidade de vida - Descrever a rede de abastecimento de água, saneamento básico (esgotos, recolha de lixos e higiene das ruas), abastecimento de energia elétrica (ou outras fontes energia), iluminação pública, segurança e espaços verdes.
- 1.3. Segurança pública e ambiente social - Descrever o sistema de segurança pública e avaliar se as pessoas interagem bem, se é seguro para as crianças brincar na rua, se há bons locais para passar o tempo livre ou se é uma zona isolada demais e se verifica a incidência de acidentes, violência e roubos.

1.4. Economia - Descrever as evidências do nível socioeconómico da comunidade, dos vários setores de atividade (espaços de cultivo, indústria/empresas, comércio) e percepção do poder de compra.

1.5. Educação - Descrever a rede de estabelecimentos de ensino público e privado na área de abrangência, número de estudantes matriculados na escola-alvo, abandono e insucesso escolar e outros indicadores de literacia na comunidade.

1.6. Saúde - Descrever a rede de equipamentos de saúde públicos e privados, recursos humanos disponíveis, acessibilidade (preços, horários e tipo de serviços).

1.7. Apoio social - Descrever a rede de equipamentos sociais de apoio e atividades de solidariedade na comunidade-alvo, salientando as crianças, deficientes, mulheres e famílias carenciadas e também outras áreas como idosos, preservação ambiental ou educação.

1.8. Atividades culturais e religiosas - Descrever a rede de equipamentos (associações, coletividades, grupos informais) e eventos e festividades.

Os dados devem ser complementados com fotografias identificadas em que, no caso de incluírem pessoas de quem não foi obtido consentimento, o anonimato deva ser preservado. As informações recolhidas devem ser organizadas e sujeitas a apreciação por um líder comunitário para identificação dos territórios de intervenção prioritária.

2. Situação epidemiológica - Indicadores demográficos, de morbilidade geral e procura de serviços de saúde.

Os dados a recolher referem-se a indicadores de saúde e de atividade dos serviços de saúde. Podem ser obtidos por entrevista ao gestor do Centro de Saúde e Departamento de Saúde Pública assim como por consulta de documentos estatísticos disponíveis na internet ou mesmo em estudos já realizados. Propõe-se a seguinte organização:

2.1. Indicadores de morbilidade e mortalidade - Descrever a comunidade-alvo relativamente às principais causas de doença e morte, sua distribuição por grupo etário, prevalência, incidência, incluindo os de saúde oral.

2.2. Indicadores de Atividade - Descrever a procura de cuidados de saúde, segundo o tipo de atividade (urgência, tratamento, vigilância de saúde ou de doença).

Pode existir alguma dificuldade na aquisição desta informação devido à reorganização dos serviços de saúde; contudo, será importante conhecer as principais causas de doença nas crianças, jovens, adultos e idosos assim como a procura de cuidados de saúde, nomeadamente nos diferentes programas de vigilância de saúde. As informações recolhidas devem ser organizadas e sujeitas a apreciação por um gestor de saúde local para identificação dos grupos populacionais de intervenção prioritária: grávidas; crianças; jovens; adultos ou idosos com menor acessibilidade aos cuidados de saúde e maior risco em saúde.

3. Situação comportamental e ambiental - Em função dos grupos e territórios selecionados, caracterizam-se os comportamentos, estilos de vida e contextos de saúde e doença.

Para a recolha de dados sugere-se a aplicação de um questionário na comunidade para identificar comportamentos de risco e os contextos de saúde e doença. Pode recorrer-se ao apoio de agentes comunitários de saúde para viabilizar as entrevistas no domicílio das pessoas ou entrevistar em espaços comunitários (salão de festas, jardim público ou outros espaços)

3.1. Caracterização do agregado familiar e recursos sócio-económicos.

3.2. Descrever evidências de comportamentos e estilos de vida relacionados com a saúde em geral e um problema em particular.

3.3. Descrever evidências de preocupações com a saúde, como crenças em saúde, adesão terapêutica e vigilância de saúde, disponibilidade de alimentos saudáveis, acesso e procura de tratamento e de outros serviços de saúde, pegada ecológica.

A análise destes dados permitirá identificar as principais situações problema.

4. Situação educacional e organizacional - Para cada situação problema identificada, procede-se à caracterização dos fatores predisponentes, facilitadores e de reforço. Seria útil organizar um grupo focal na comunidade para identificar os determinantes: fatores predisponentes, facilitadores e de reforço. A aplicação de questionários simples às pessoas portadoras do problema em causa pode ser um estratégia de recolha de dados. Simultaneamente, poderia fazer-se uma averiguação sobre o que os serviços de saúde e sociais poderiam fazer para uma melhoria da situação.

5. Situação política e administrativa - Procede-se à caracterização dos regulamentos e recursos disponíveis para apoiar as intervenções de promoção da saúde.

Decorrente da etapa anterior, procede-se ao desenho de intervenções de promoção da saúde e respetiva análise da situação política e administrativa, ou seja, irá proceder-se à definição de estratégias e caracterização dos regulamentos e recursos disponíveis para apoiar essas propostas de promoção da saúde.

Saliente-se que será fundamental não criar novos serviços se os existentes já providenciam a assistência necessária (evitar duplicação) e, na definição de estratégias inovadoras, envolver os profissionais dos serviços de saúde local para reduzir o fenómeno de resistência à mudança. Ainda de realçar a necessidade de garantir a sustentabilidade do programa para garantir a continuidade além da experiência piloto.

Note-se que os instrumentos elaborados para a fase *PRECEDE* serão os mesmos que se utilizarão na fase *PROCEED* para avaliação das estratégias de intervenção. Assim o

processo torna-se cíclico pois os resultados obtidos irão influenciar a definição de novos objetivos a atingir.

Em síntese afirmamos que, em promoção da saúde, sustentar a intervenção num bom modelo é um requisito para se ter a percepção dos resultados que se querem atingir.

Referências bibliográficas

- Barnes, M. D., Neiger, B. L., & Thackeray, R. (2003). Health communication. In R. J. Bensley & J. Brookins-Fisher (Eds.), *Community health education methods* (2nd. ed., pp. 51-82). Boston, USA: Jones and Bartlett.
- Baum, F. (1998). *The new public health: An australian perspective*. Melbourne, Australia: Oxford University Press.
- Brito, I. S. (2007). *Intervenção de conscientização para prevenção da brucelose em área endêmica* (Tese de Doutorado). Recuperado de <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7216>
- Brito, I. S., Carvalho, E. M., Bettencourt, M. R., Mota, O. A., & Cruz, D. P. C. (2014). *Formação em desenvolvimento comunitário: Uma aposta na Enfermagem como motor na resolução de problemas comunitários*. Recuperado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5B9GY7XHSQJ:www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php%3Fid_abstract%3D5207%26id_event%3D125+&cd=2&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt&client=firefox-a
- Centers for Disease Control (2003). *Assessing health risk behaviour among young people: Youth risk behaviour system*. USA: Author.
- Chapman, L. S. (2003). Biometric screening in health promotion: Is it really as important as we think?. *The Art of Health Promotion*, 7(2), 1-12.
- Checkoway, B. (1989). Community participation for health promotion: Prescription for public health. *Wellness Perspectives, Research, Theory and Practice*, 6(1), 18-26.
- Czeresnia, D., & Freitas C. M. (2003). *Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Brasil: Fiocruz.
- Davies, J. K., & Macdonald, G. (1998). *Quality, evidence and effectiveness in health promotion*. London, England: Routledge.
- Dines, A., & Cribb A. (1996). *Health promotion: Concepts and practice*. Oxford, England: Blackwell Science.
- Downie, R. S., Tannahill, C., & Tannahill, A. (1996). *Health promotion models and values*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Draper, P., Griffiths, J., Dennis, J., & Popay, J. (1980) Three types of health education. *British Medical Journal*, 493-495.
- Freire, P. (1997). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo, Brasil: Paz e Terra.

- Freire, P. (2001). *Conscientização: Teoria e prática da libertação: Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo, Brasil: Centauro.
- Green, L. W. (2004). *Health promotion planning an educational and environmental approach: Guia para desenvolvimento de investigação em promoção da saúde*. Recuperado de <http://www.lgreen.net/precede.htm>
- Green, L. W., Glanz, K., Hochbaum, G. M., Kok, G., Kreuter, M. W., Lewis, F.M., ...Rosenstock, I. M. (1994). Can we build on, or must we replace the theories and models on health education?. *Health Education Research*, 9(3), 397-404. doi: 10.1093/her/9.3.397
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach*. London, England: Mayfield Publishing Company.
- Katz, A. H. (1981). Self-help and mutual aid: An emerging social movement?. *Annual Revue of Sociology*, 7, 129-155. doi: 10.1146/annurev.so.07.080181.001021
- Katz, J., & Peberdy, A. (1997). *Promoting health: Knowledge and practice*. London, England: Macmillan Press.
- Kemm, J., & Close, A. (1995). *Health promotion: Theory and practice*. London, England: Macmillan.
- Kickbusch, I. (2006). Navigating health: The role of health literacy. London, England: Alliance for Health of the Future.
- Leavell, S., & Clark, E. G. (1976). *Medicina preventiva*. São Paulo, Brasil: McGraw-Hill.
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). *Promover a saúde dos fundamentos à acção*. Coimbra, Portugal: Editora Almedina.
- McKenzie, J. F., Neiger, B. L., & Smeltzer, J. L. (2005). *Planning, implementing & evaluating health promotion programs* (4th ed.). San Francisco, USA: Pearson.
- McKenzie, J. F., Pinger, R. R., & Kotecki, J. E. (2002). *An introduction to community health* (4th ed.). Boston, USA: Jones & Bartlett Publishers.
- Mialhe, F. L., & Silva, C. M. C. (2011). A educação em saúde e suas representações entre estudantes de um curso de odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1), 155-161. doi: 10.1590/S1413-81232011000700091
- Minkler, M. (1997). *Community organizing and community building for health*. New Brunswick, Canada: Rutgers University Press.
- Mrazek, P., & Haggerty, R. J. (Eds.) (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, USA: National Academy Press.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2000). *Health promotion: Foundations for practice*. Edinburgh, Scotland: Harcourt Publishers.
- Nutbeam, D. (2000) Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 259-267.
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (2000) Advancing health literacy: A global challenge for the 21st century. *Health Promot. Int.* 15(3), 183-184. doi:10.1093/heapro/15.3.183

- Organização Mundial de Saúde. (1983). *Novos métodos de educação sanitária em cuidados de saúde primários*. Genebra, Suíça: Autor.
- Revuelta, C. C., & Diaz, C. A. (2006). *Promoción de la salud: Concepto, estrategias y métodos, promoción de la salud y cambio social*. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Schmid, T. L., Pratt, M., & Howze, E. H. (1995). Policy as intervention: Environmental and policy approaches to the prevention of cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*, 85(6), 1207-1211. doi: 10.2105/AJPH.85.9.1207
- Silva, A., Brito, I., & Amado, J. (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1901-1909. doi: 10.1590/1413-81232014196.04822013
- Smith, R. M., Aker, G. F., & Kidd, J. R. (1979). *Handbook of adult education*. New York, USA: Mc Millan.
- Trindade, R. (2002). *Experiências educativas e situações de aprendizagem* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: ASA.
- Van Wyk (1999). Health education as education of the oppressed. *Curationis*, 22(4), 29-34.
- WHO (1998). European working group on health promotion evaluation: Health promotion evaluation: Recommendation to policy-makers. Copenhagen, Denmark: Author. Recuperado de www.who.org

CAPÍTULO III

ESTILOS DE VIDA E SAÚDE

ARMANDO MANUEL MARQUES SILVA

IRMA DA SILVA BRITO

O termo Estilo de Vida (EV), *Style of Life* ou *Lifestyle*, surge pelas ciências sociais, psicológicas e pela epidemiologia, em diferentes momentos do seu desenvolvimento e perante diferentes perspetivas, mas geralmente associado ao estudo dos indivíduos e grupos, na tentativa de compreender a identidade de grupos micro e macrossociais. A origem do termo e os maiores desenvolvimentos conceptuais têm-se formulado no campo das ciências socioculturais, que consideram os estilos de vida padrões de comportamento grupais sobre os quais a estrutura social exerce uma influência considerável. A epidemiologia tem feito um uso extensivo do conceito de estilos de vida e saúde, mas com um significado restritivo, associando os comportamentos que os indivíduos de maneira racional assumem e que podem colocar em risco a saúde.

Os estilos de vida são um dos principais determinantes da saúde e, quando analisados sob a perspetiva da prevenção e da saúde, tornam-se uma variável dependente da definição de risco. Não se definem por si só, mas na relação com os riscos subsequentes, tais como os fatores de risco associados com certas condições médicas.

1. Evolução do conceito

O estilo de vida tem sido objeto de estudo de diferentes disciplinas, entre elas a sociologia, a antropologia médica e a epidemiologia, ainda que com significados diferentes (Cockerham, Rutten, & Abel, 1997). Segundo Menéndez (2009), nas suas origens, o termo foi aplicado pelas ciências socio-históricas ao realizar análises sobre os comportamentos sociais e culturais de diversos grupos, incluindo classes sociais e grupos nacionais, fazendo referência a contextos de ordem macrossocial. Nos finais do século XIX e nos princípios do século XX, o descobrir das funções da cultura, levou a gerar conceitos que tentaram interpretá-la de uma forma holística e a compreender alguns aspetos da realidade, mas sempre articulados com a totalidade constituída por cada cultura. Um desses conceitos é o estilo de vida (Menéndez, 2009).

Cockerham (2009) refere que desde a sociologia, tem-se feito relevantes contribuições para o estudo dos estilos de vida citando Max Weber, Karl Marx e Bourdieu. Weber, no seu texto *Economia e Sociedade*, levantou a discussão sobre os estilos de vida e *status* social e Karl Marx, que sustentava que a posição social de uma pessoa é determinada exclusivamente pelo grau de acesso aos meios de produção. Segundo Marx, a posição de uma pessoa na estrutura de classes, resulta estritamente da quantidade de bens sociais sobre os quais tem controlo. Para Weber, contudo, o *status*, o prestígio e o poder são também determinantes da posição social: uma classe social refere-se a pessoas que partilham circunstância materiais similares, assim como prestígio, educação e influência política, partilhando os seus membros um estilo de vida similar. Weber também fez a distinção em que os estilos de vida não se baseiam no que a pessoa produz, mas no que usa e consome; portanto, os estilos de vida não são baseados na relação com os meios de produção, mas com os de consumo. Dito isto, um estilo de vida particular é o que realmente diferencia um grupo de outro.

O estudo dos estilos de vida aplicado ao campo da saúde formulada por Bourdieu, que analisou os hábitos alimentares e as preferências desportivas, levou a denominar como *habitus* um conjunto de disposições duráveis para atuar de maneiras específicas. Segundo o mesmo autor, as pessoas de uma mesma classe social tendem a partilhar os mesmos estilos de vida, tal como os gostos por certos alimentos, desportos ou *hobbies* porque tem as mesmas oportunidades. Os hábitos aliam-se com as aspirações e expectativas individuais para corresponder com as possibilidades objetivas para alcançá-los (Cockerham, 2009).

Uma outra disciplina que durante a segunda metade do século XX também incorpora o termo *estilo de vida* é a antropologia. Alguns investigadores desta área, como por exemplo Chrisman, Freidson ou Suchman, citados por Coreil, Levin, e Jaco, (1992), introduzem este termo nos seus trabalhos para designar o alcance de atividades que se aplicam ao grupo. Em contraposição com os sociólogos que enfatizavam os determinantes socioeconómicos, os antropólogos enfatizam a importância da cultura. Não obstante, durante a segunda metade do século XX, a aplicação do termo *estilo de vida* teve mais impacto na área da saúde. É nos anos 50 que se principia o seu uso, no contexto da investigação sobre saúde pública, com o propósito de procurar explicação para os problemas de saúde que começavam a caracterizar as sociedades industrializadas.

As primeiras investigações realizadas no campo da saúde adotaram a perspectiva médico-epidemiológica, baseadas na filosofia do modelo biomédico. Este modelo não reconhecia a importância do contexto social e os fatores psicológicos como condicionantes da aquisição dos estilos de vida. Precisamente porque culpabilizava a vítima dos seus hábitos ou estilos de vida não saudáveis, este enfoque recebeu numerosas críticas (Valverde, 2009). Mas ainda que tenha sido criticado e apelidado

de reducionista, o modelo biomédico contribuiu para que o estilo de vida seja um tema de estudo e investigação para as ciências da saúde e que os cidadãos se tenham tornado mais conscientes de que alguns dos seus comportamentos levam a riscos para a saúde. Além disso, o modelo biomédico foi responsável por introduzir o termo *estilo de vida saudável* e de conseguir de certo modo que, tanto o seu uso como o do termo *estilo de vida*, se estendesse na linguagem do quotidiano e na literatura sobre saúde (ainda que sem uma base teórica nem uma conceptualização clara). Por isso, como já foi referido anteriormente, o termo *estilo de vida* é utilizado actualmente em maior escala na área da saúde do que na sociologia, na antropologia ou na psicologia individual (Valverde, 2009).

No campo da epidemiologia e da saúde pública, segundo Menéndez (2009), a corrente epidemiológica mais ancorada na biomedicina começou a usar o termo estilos de vida e saúde desde as décadas de 1950 e 1960, para se referir quase exclusivamente a comportamentos de índole individual que estavam vinculados com as doenças crónicas, sem ter em conta a análise das doenças infectocontagiosas (com exceção do VIH/SIDA). Posteriormente, esta corrente epidemiológica mais positivista tem vindo a vincular os estilos de vida com a noção de risco e fatores de risco, que coloca o peso na responsabilidade dos indivíduos sobre a sua saúde (Menéndez, 2009).

Segundo Cockerham (2005), as circunstâncias de classe são provavelmente as que exercem uma influência mais poderosa: são amplamente reconhecidas as diferenças em matéria de preferências alimentares, práticas de cuidados de saúde e atividade física entre as classes sociais. A idade, o género e a etnia têm um papel fundamental pelas desvantagens socialmente determinadas que sofrem alguns grupos nalguns contextos. As coletividades referem-se a grupos específicos de pessoas vinculadas por relações particulares como afinidades, trabalho, profissão, religião, valores, ideais, capazes de influenciar os estilos de vida dos seus membros. A socialização, tanto a primária (que ocorre na família) como a secundária (que ocorre nos grupos sociais), bem como a experiência, moldam as decisões dos indivíduos e constituem o principal substrato para a agência, que como se mencionou, se refere à capacidade de tomar decisões de acordo com a iniciativa individual (Cockerham, 2005).

Apesar do conceito de estilos de vida não ser um conceito contemporâneo, tendo sido usado por Alfred Adler na época de Freud (Ribeiro, 1998), num sentido próximo do da atualidade, é definido como uma adaptação ativa do sujeito ao meio social, sendo uma perspetiva holística e não só comportamental. É, portanto, desde esta filosofia que se define o estilo de vida como um padrão de comportamentos adotados pelo indivíduo para se sentir melhor (Pacheco, 2005). Este aspeto é confirmado no estudo de Finotti, de revisão da literatura sobre os estilos de vida, em geral, e dos estilos de vida do *marketing*, em particular (Finotti, 2004).

Estudos compilados por Rippe na obra com o título *Lifestyle Medicine* citados por Nogueira (2007), que reuniu colaborações de 148 autores e que engloba a integração de várias abordagens em torno do *estilo de vida* na prática clínica contemporânea, colocam em evidência uma série de fatores de risco de doença associados a diferentes estilos de vida. Alguns estudos avançam no sentido de trazer maior evidência científica, alcançada em diversas áreas da saúde, para um componente hoje considerado indispensável na prática dos profissionais de saúde, a qual consistiria não apenas em tratar das doenças, mas também em *promover a boa saúde* (Nogueira, 2007).

Devido à diversidade de disciplinas que utilizaram o termo *estilo de vida*, a OMS para a Europa introduziu uma definição que constitui a base dos estudos sobre os estilos de vida saudável, porque apesar de ser criticada por ser demasiado ampla, ambígua e pouco operativa, tem o reconhecimento dos peritos por introduzir os principais fatores que influenciam os estilos de vida. A WHO descreve o *estilo de vida* como sendo a “*forma geral de vida baseada na interação entre as condições de vida num sentido amplo e nos padrões individuais de comportamento determinados por fatores socioculturais e características pessoais*” (1986, p. 118).

2. Estilos de vida saudável

O termo estilo de vida saudável entende-se como uma forma de vida que se baseia em padrões de comportamento identificáveis, determinados pela interação entre as características pessoais individuais, as interações sociais e as condições de vida socioeconómicas e ambientais que têm por objetivo reduzir o excesso de mortalidade, morbilidade e incapacidade, assim como, reduzir os riscos para a saúde. Reconhece-se que a saúde é um produto, em primeiro lugar, do estilo de vida, e depois do biológico, do ambiental e dos sistemas de saúde, respetivamente.

Investigações importantes procuraram na década de 70 conhecer como se relacionavam os diferentes comportamentos que compõem o estilo de vida saudável (Langlie, 1979; Mechanic, 1979; Williams & Wechsler, 1972), explicando que os comportamentos relacionados com a saúde mostraram diferenças em função de vários critérios. O critério básico no qual podem diferir é que algumas ações previnem o problema desde o começo (prevenção primária), enquanto outras estão desenhadas para o caso do surgimento da doença numa fase precoce (prevenção secundária). No primeiro caso, a pessoa está ativamente a evitar o contágio da doença, e no segundo, a pessoa encontra-se perante a possibilidade de ter a doença. A dinâmica destes dois tipos de comportamento e as pessoas que o realizam podem ser fundamentalmente diferentes. Por outro lado, os comportamentos preventivos podem diferir também de outras formas. Alguns comportamentos requerem repetição

diária (por exemplo, a escovagem dos dentes), outros são de carácter esporádico (por exemplo, um *check up* médico), ou ainda realizados uma só vez (vacinas). As ações de saúde também se diferenciam em termos da comodidade ou do esforço que se supõe praticá-las (em relação ao tempo que requeiram, a disponibilidade, o custo ou a incomodidade). Dado que os comportamentos preventivos podem diferir em todas estas formas, não se pode simplesmente supor que os que realizam um comportamento de saúde vão realizar outras. Estas diferenças entre os comportamentos preventivos sugerem que podem existir várias dimensões do comportamento preventivo (Valverde, 2009).

É na década de 80 que se materializa o descontentamento com o modelo biomédico e se vai introduzindo progressivamente os modelos psicossociais no estudo do estilo de vida saudável. E assim, a partir do Comité Europeu da OMS (WHO, 1986), levaram-se a cabo várias medidas de apoio a esta nova filosofia integradora:

- Em primeiro lugar, na celebração da 31ª sessão deste comité (1981), enfatizou-se a importância de abordar o estudo do estilo de vida saudável a partir de um enfoque mais social do que médico.
- Em segundo lugar, nesta década em que a OMS conceptualiza o *estilo de vida*, apesar de não introduzir todavia uma definição específica para o *estilo de vida saudável*, percebe-se a necessidade de distinguir estes conceitos, *estilo de vida* e *estilo de vida saudável*, e assimilar, neste último termo, os *comportamentos relacionados com a saúde*.
- Em terceiro lugar, na OMS surge a necessidade de abordar o estudo dos estilos de vida especificamente na etapa de vida do adolescente, para o qual se criou o estudo *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC). Este projeto internacional e interdisciplinar, abarca o estudo dos comportamentos de saúde, outros aspetos do estilo de vida geral, algumas influências sociais e algumas percepções do ambiente.

Nesta década, as variáveis estudadas não só fazem referência à saúde física, mas também à psicológica, de maneira que os estilos de vida passam a estar definidos, não só por comportamentos, mas também por atitudes e auto percepções. Esta nova orientação mais integradora provocou o desenvolvimento de diferentes modelos teóricos, com o objetivo de explicar as mudanças nos estilos de vida (Valverde, 2009).

Posteriormente a esta diversidade de perspetivas, na década de 90, surge a necessidade de juntar esforços para consensualizar e clarificar a conceção do termo estilo de vida saudável e, com esse fim, alguns investigadores realizaram uma aproximação às teorias clássicas, especialmente aos modelos psicossociais e de orientação sociológica (Abel, 1991; Coreil, Levin, & Jaco, 1992; Elliot, 1993). Concretamente, este último autor expõe a necessidade de estudar os comportamentos favorecedores da saúde que são característicos de um estilo de vida particular, assim como aquelas características pessoais e do ambiente social que contribuem para o surgimento e manutenção desses estilos de vida.

Na última década do século XX, alguns autores atrevem-se a repensar as suas próprias conceções. Neste sentido, Breslow, que na década de 70 já oferecia uma sugestão de conceptualização e medição do estilo de vida, introduz o enfoque no contexto social. Em relação à conceptualização deste termo, o autor passa a considerar que o estilo de vida saudável de um indivíduo é composto pelos comportamentos que leva a cabo entre aqueles que estão disponíveis no seu contexto ou circunstâncias vitais (Breslow, 1990).

Thomas Abel, outro autor citado acima como representante do regresso aos contributos clássicos na década de 90, trabalha com uma equipa de investigação muito familiarizada com os contributos do sociólogo Weber, pelo que expõe o estilo de vida saudável como um padrão de comportamentos relacionados com a saúde, valores e atitudes adotadas pelos grupos de indivíduos em resposta ao seu ambiente económico, cultural e social - considerando como variáveis integradoras do estilo de vida saudável aqueles comportamentos relacionados tanto com a saúde física, psicológica como com os fatores socioculturais (Abel, 1991).

Contudo, ainda que tenham surgido muitos esforços de conceptualizar o que é estilo de vida, não há todavia uma definição consensualizada e os termos estilo de vida e estilo de vida saudável continuam a empregar-se atualmente por muitos autores como sinónimos. E, ainda que não exista uma definição consensual, a maioria dos autores coincide em afirmar que os estilos de vida saudável são constituídos por padrões de conduta relacionados com melhor saúde (Cockerham, 2005; Elliot, 1993).

A preocupação sobre a temática dos estilos de vida e a sua relação com a saúde é um assunto de grande interesse na atualidade, uma vez que dados da OMS, citados no *World Health Report 2002 – Redução dos riscos, promover uma vida saudável* (WHO, 2002), indicam que as doenças crónicas não transmissíveis, como, por exemplo, as cardiovasculares, são as principais causas de morbilidade, perda de qualidade de vida e mortalidade nas sociedades desenvolvidas, consumindo uma quantidade significativa de cuidados de saúde. Estas patologias têm uma etiologia comum, associada ao estilo de vida individual, como os erros alimentares e a inatividade física. Assim sendo, intervir sobre este determinante torna-se pertinente e trará certamente ganhos em saúde, reduzindo a prevalência destas doenças e os custos económicos e sociais associados (Babazono, Kuwabara, Hagiwara, Nagano, & Ishihara, 2011). Mas o efeito dos estilos de vida na saúde há muito que é reconhecido. Estudos nas últimas décadas sugerem que os principais ganhos em saúde que ocorreram nos últimos duzentos anos estão fundamentalmente associados com melhores práticas alimentares e nos sistemas de apoio social, do que propriamente com progressos no acesso aos cuidados de saúde (Birch & Stoddart, 1989).

Estudos empíricos prévios sobre o impacte dos estilos de vida no estado de saúde (Balía & Jones, 2008; Contoyannis & Jones, 2004; Thornton, 2002) sugerem que o peso excessivo,

tabagismo, sono insuficiente ou em excesso e o stress são prejudiciais à saúde, enquanto a prática de exercício físico surge como um forte potencial positivo nesta.

No princípio dos anos 80 começaram a introduzir-se progressivamente no estudo dos estilos de vida saudável os modelos psicossociais sobretudo nos adolescentes e jovens. Na década de 90, os esforços dos investigadores dirigem-se essencialmente à intenção de clarificar o significado do conceito de estilo de vida saudável: condutas que formam parte do estilo de vida e são caracterizadas por serem observáveis, constituem hábitos, ou seja, são recorrentes ao longo do tempo sob condições mais ou menos constantes e que possam ter consequências para a saúde (Elliot, 1993; Rodriguez-Marín, 1995; Roth, 1990). Nas definições operacionais incluem-se, geralmente, tanto os comportamentos que implicam um risco para a saúde, como aqueles que a melhoram (Elliot, 1993). Por este motivo, alguns autores consideram mais apropriado utilizar o termo estilo de vida relacionado com a saúde porque reflete melhor os dois tipos de comportamento.

Assim, por comportamento de saúde entende-se toda a atividade empreendida por um indivíduo com o objetivo de melhorar ou manter a sua saúde, o seu bem-estar e a sua aparência física, reduzindo a sua vulnerabilidade, a sua deterioração biológica e aumentando a sua esperança de vida com qualidade (Cockerham, 2005). Aqueles hábitos e costumes que a experiência tem demonstrado que trazem benefícios para manter o estado de saúde e prevenir a doença recomendam-se como estilos de vida saudável, enquanto os que são prejudiciais desaconselham-se por serem estilos de vida não saudável.

Estes comportamentos de saúde são produto das dimensões pessoais, ambientais e sociais, que emergem não só do presente, mas também da história pessoal do sujeito (Arrivillaga, Salazar, & Correa, 2003), que tem sempre algum impacto e condicionam as decisões que as pessoas tomam em relação ao seu estilo de vida. Referem-se a formas quotidianas de viver que se aplicam a várias áreas do funcionamento do campo vital de uma pessoa, satisfazendo adequadamente as próprias necessidades e otimizando a sua qualidade de vida, em função das suas possibilidades.

Assim, as variáveis utilizadas para operacionalizar o estilo de vida relacionado com a saúde têm sido muito diversas. Contudo aquelas que fazem referência aos fatores de risco clássicos, como o consumo de tabaco (Phillips e Danner, 1995) e álcool, condição e atividade física e hábitos alimentares (Kusaka, Kondou, & Morimoto, 1992) são aquelas que têm atraído maior interesse dos investigadores.

Não obstante, as mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas, o incremento das doenças não transmissíveis (como por exemplo, as doenças cerebrocardiovasculares, diabetes tipo II, alguns tipos de cancro, o consumo de drogas, as doenças de transmissão sexual e o elevado número de acidentes de tráfico) constituem atualmente mais de 60%

da carga de mortalidade, morbidade e incapacidades em todo o mundo (OMS, 2005). E, somado ao crescente interesse pela promoção dos estilos de vida saudável na infância, adolescência e juventude, promoveram um aumento no número de investigações relacionados com estes grupos, assim como a introdução de novas variáveis no estilo de vida como uma área fundamental para a compreensão destas novas doenças. Entre estas variáveis figuram: o consumo de drogas e medicamentos; os hábitos de descanso; os acidentes e as condutas de risco e prevenção dos mesmos; as atividades de tempo livre; conduta sexual; a vigilância de saúde; a aparência; e os hábitos de higiene (Pastor, Baleguer & Garcia-Merita, 1998). Se o estilo de vida de saúde estuda a expressão quotidiana dos indivíduos ou grupos, associando aqueles fatores psicossociais que a determinam, alcançam-se possivelmente níveis de conhecimento mais explicativos, possibilitando que os programas educativos de promoção da saúde se baseiem no estudo da interação de tais fatores para o seu desempenho, reconhecendo os limites do seu alcance.

Mas, os comportamentos de saúde que constituem o estilo de vida não são inatos - o estilo de vida vai-se configurando e adquirindo ao longo do processo de desenvolvimento humano. Portanto, o termo *estilo de vida saudável* tem em conta tanto os comportamentos que implicam um risco para a saúde como aqueles que a protegem, tal como defende Elliot (1993), um dos estudiosos na matéria com mais relevância internacional. Segundo este autor, o estilo de vida saudável entende-se cada vez mais como um padrão de comportamentos relacionados com a saúde e que são realizados de um modo relativamente estável. Um dos contributos mais importantes deste autor tem sido a sua abordagem sobre as características fundamentais do estilo de vida saudável, resumidas nos seguintes quatro pontos:

- Tem uma natureza comportamental e observável e, neste sentido, as atitudes, os valores e as motivações não formam parte do mesmo, ainda que possam ser seus determinantes.
- Os comportamentos que o compõem devem manter-se durante um tempo e, conceptualmente, o estilo de vida denota hábitos que tem alguma continuidade temporal, dado que se supõem um modo de vida habitual. Por exemplo, o facto de ter experimentado alguma vez fumar não é representativo de um estilo de vida de risco para a saúde; pela mesma regra, se houve um abandono de um comportamento, esse já não faz parte do estilo de vida.
- O estilo de vida denota combinações de comportamentos que ocorrem consistentemente, considerando-se o mesmo como um modo de viver que abarca uma ampla categoria de comportamentos organizados, de forma coerente em resposta a diferentes situações da vida de cada pessoa ou grupo.
- O conceito de estilo de vida não implica uma etiologia comum para todos os comportamentos que formam parte deste, mas espera-se que os distintos comportamentos tenham algumas causas em comum.

Como se comentou acima, os primeiros estudos sobre os estilos de vida saudável surgiram no âmbito da prevenção das doenças cardiovasculares, pelo que as variáveis estudadas nesses primeiros estudos foram de facto os fatores de risco clássicos neste tipo de doenças: consumo de tabaco e álcool; exercício físico; e hábitos alimentares. Além disso, as amostras utilizadas por esses estudos estavam constituídas fundamentalmente por adultos com ou sem problemas cardiovasculares (Bandura, 1982). Contudo, o aumento progressivo da preocupação pela educação para a saúde por parte da OMS e outros organismos públicos dedicados a melhoria do bem-estar da população infantojuvenil, tem provocado um aumento no número de estudos realizados com amostras de crianças e adolescentes, assim como um aumento do número de variáveis estudadas que formam parte dos estilos de vida. Na década de 80, a OMS expôs a necessidade de abordar o estudo dos estilos de vida especificamente na etapa adolescente, para o qual se criou o estudo *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC). Este projeto internacional e interdisciplinar abarca o estudo dos comportamentos de saúde, outros aspetos da vida em geral, algumas influências sociais e algumas perceções do ambiente. Nos últimos anos, o campo de estudo centrado nos estilos de vida saudável também se tem introduzido em investigações sobre a terceira idade.

As dimensões mais estudadas nas três etapas de desenvolvimento analisadas (infância-adolescência, adultez e velhice) coincidem com os fatores de risco clássicos das doenças cardiovasculares: consumo de álcool; tabaco; hábitos alimentares; e atividade física. Mas é no grupo infantil e adolescente que se verifica uma maior percentagem de dimensões estudadas com uma maior distribuição entre as diferentes variáveis. Alguns investigadores concluem os seus estudos como uma análise simplista dos estilos de vida, estudando de maneira isolada e independente as variáveis que formam os estilos de vida saudável (hábitos alimentares, higiene oral, atividade física, consumo de substâncias). Esta forma de proceder, ainda que bem delimitada, não deixa de demonstrar uma realidade excessivamente seccionada do comportamento complexo dos indivíduos e, portanto, torna-se difícil extrair conclusões acerca de como proceder para sua modificação ou reforço. Dito de outra maneira, aqueles enfoques que se centram unicamente em analisar de forma independente as variáveis que formam os estilos de vida saudável consideram-se simplistas se não avançam um segundo passo no qual se possa conhecer como se relacionam entre si os comportamentos de saúde. Só assim, quando se aborda essa relação, se terá conseguido que o termo estilo de vida não perca o seu significado original (Coreil, Levin, & Jaco, 1992; Elliot, 1993).

3. Como medir o estilo de vida?

Após uma revisão da literatura para aceder aos instrumentos mais utilizados para avaliar os estilos de vida dos estudantes de ensino superior, verificámos que quase todos são de autopreenchimento e as variáveis a medir semelhantes (Dinger & Waigandt, 1997; Keller,

Maddock, Hannover, Thyrian, & Basler, 2008; Lema et al., 2009; Loureiro, McIntyre, Mota-Cardoso, & Ferreira, 2008; Yahia, Achkar, Abdallah, & Rizk, 2008;) não valorizando aspetos psicossociais de bem-estar. Outro dos pontos a salientar é o de que todos os instrumentos utilizados foram desenvolvidos pelos investigadores para o seu próprio estudo, o que dificulta a comparação entre amostras. Para além disso, são muitos os instrumentos que avaliam separadamente as diferentes dimensões do estilo de vida fazendo com que o seu somatório se torne um questionário longo e de utilidade condicionada.

Neste domínio reforça-se a necessidade de existirem instrumentos que permitam não só comparações geográficas e temporais como a formação de redes internacionais de peritos e recursos, imperiosos para o fortalecimento das políticas da saúde e promoção da saúde no contexto do ensino superior. Partindo deste pressuposto, a Universidade Católica do Chile, a OPS, a OMS, com o apoio técnico do Conselho Nacional para a Promoção da Saúde - VIDA CHILE e do Ministério da Saúde Chileno, desenvolveram o *Guia para universidades saludables y otras instituciones de educación superior* (Lange & Vio, 2006). Com ele propõem a utilização de um questionário de autopreenchimento para uma avaliação dos estilos de vida: *Tiens uno estilo de vida fantástico?* Este questionário é uma tradução e adaptação de um instrumento desenvolvido por Wilson e Ciliska (1984), no departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, em Ontário, Canadá. Inicialmente criado com o objetivo de apoiar os médicos na avaliação dos estilos de vida dos seus doentes, e assim estabelecer medidas corretivas para a prevenção/tratamento de doenças, foi depois adaptado para o uso em jovens do ensino superior, permitindo que avaliassem os seus comportamentos relacionados com a saúde em dez dimensões e atribuindo uma classificação de “0”, “1” ou “2” a cada item. Do somatório obteriam um nível que os classificaria em excelente, muito bom ou a melhorar no itens onde foi assinalado “0” ou “1”, permitindo automonitorização. No âmbito da sua aplicação foram avaliadas a validade e fiabilidade, permitindo a utilização em: jovens adultos (Rodríguez-Añez, Reis, & Petroski, 2008); adultos (Ramírez-Vélez & Agredo, 2012); diabéticos (Rodríguez-Moctezuma, López-Carmona, Munguia Miranda, Hernández-Santiago, & Bermúdez-Martínez, 2003); e hipertensos (López-Carmona, Rodríguez-Moctezuma, Munguia Miranda, Hernández-Santiago, & Casas de La Torre, 2000). Tem a particularidade de contemplar vários domínios de bem-estar psicossocial, ser de rápido preenchimento e ter um carácter positivo.

Outro aspeto a destacar sobre este instrumento é a possibilidade de utilização como um recurso pedagógico que permita, para além do autodiagnóstico de estilo de vida, a gestão pelo próprio indivíduo do seu estilo de vida nos vários domínios avaliados pelo questionário. Contar com instrumentos deste tipo, que tenham validade e fiabilidade, permitirá aos profissionais de saúde identificar de forma rápida e objetiva os fatores de risco e prognóstico do estilo de vida que podem ser melhorados com intervenções educativas e a participação comprometida do indivíduo (Loureiro et al., 2008; Wilson & Ciliska, 1984). A versão portuguesa deste instrumento foi validada e adaptada para

uma amostra de estudantes do ensino superior português por Silva, Brito, e Amado (2011, 2014), ao qual chamaram questionário *Estilo de Vida FANTASTICO*, mostrando-se um questionário culturalmente adequado e compreensível na aplicação face a face. As análises estatísticas revelaram que o questionário preencheu os critérios de consistência interna, externa, validade de constructo e ainda de validade concorrente, mostrando evidência de que seria adequado para a avaliação do estilo de vida em jovens adultos.

4. Estilo de vida dos estudantes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

No âmbito do projeto *Promoção com e em saúde na ESEnFC* propôs-se a aplicação do questionário *Estilo de Vida FANTASTICO* (Silva et al., 2014) aos estudantes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC). Apresentam-se alguns resultados da sua aplicação a 309 estudantes do 1º ano do Curso Superior de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, referentes ao ano letivo de 2012/2013. Nesta amostra de estudantes 76,7% eram mulheres e 23,3% homens, 40,5% (32,8% ♂; 67,2% ♀) residem no seu agregado familiar de origem, enquanto que 59,5% (16,8% ♂; 83,2% ♀) estão deslocados no tempo de aulas. A diferença entre homens e mulheres na condição de deslocados é estatisticamente significativa ($p=0,001$).

A média global de estilo de vida foi de $93,1\pm 9,48$ pontos, classificando-se de nível muito bom. Contudo, não existe diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres ($p=0,598$; ♂ $92,5\pm 9,8$ pontos; ♀ $93,2\pm 9,5$ pontos) ou entre deslocados e não deslocados ($p=0,418$; d $92,7\pm 9,9$; nd $93,5\pm 9,0$ pontos).

Uma primeira análise dos domínios do questionário (tabela 1) permite constatar que naqueles que são constituídos por três itens (atividade física/associativismo, nutrição, sono e stress, trabalho/tipo de personalidade, introspeção e comportamentos de saúde e sexual), que variam entre zero de mínimo e 12 de máximo, o valor mais elevado verificou-se em relação *Comportamentos de saúde e sexual* ($9,02\pm 2,07$) seguindo-se *Sono e stress* ($8,60\pm 2,51$) e *Introspeção* ($8,38\pm 2,53$), o que indicia que nestes domínios os estudantes tem um comportamento mais adequado para a saúde. Por outro lado, no que concerne a *Atividade física/associativismo* ($7,38\pm 2,50$) e *Nutrição* ($7,95\pm 1,91$), são os domínios com uma maior necessidade de intervenção. Sendo os valores nos outros domínios constituídos por dois itens (com um mínimo de zero e máximo de oito) superiores a sete *Família e amigos* ($7,40\pm 1,28$) e *Outros comportamentos* ($7,27\pm 1,38$). No que concerne ao domínio *álcool e outras drogas*, constituído por seis itens, os valores podiam oscilar entre um mínimo de zero e um máximo de 24, verificou-se um valor médio de ($22,45\pm 1,54$).

Tabela 1

Estatísticas descritivas relativamente aos resultados da aplicação do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” a 309 estudantes de 1º ano da ESEnfC

FANTASTICO	\bar{X}	DP	Mediana	Mínimo Observado	Máximo Observado	Mínimo Possível	Máximo Possível
Família e amigos	7,40	1,28	8	0	8	0	8
Atividade física/ associativismo	7,38	2,50	8	0	12	0	12
Nutrição	7,95	1,91	8	0	12	0	12
Tabaco	6,44	2,50	8	0	8	0	8
Álcool e outras drogas	22,45	2,01	22	12	24	0	24
Sono e stress	8,60	2,51	8	2	12	0	12
Trabalho/tipo de personalidade	8,20	2,08	8	0	12	0	12
Introspeção	8,38	2,53	8	0	12	0	12
Comportamentos de saúde e sexual	9,02	2,07	10	2	12	0	12
Outros comportamentos	7,27	1,38	8	2	8	0	8
Global	93,11	9,48	94	62	112	0	120

Este questionário possibilita uma análise de maior pormenor, permitindo observar os resultados de cada item do questionário e assim avaliar os itens com pontuações mais deficitárias, admitindo, ao próprio e ao coletivo, estabelecer áreas prioritárias de intervenção. Apresenta-se de seguida uma análise dos vários itens, referentes a cada domínio do questionário. Na figura 1 é possível identificar a proporção de respostas assinaladas com “0” ou “1”, representando padrões de comportamento a modificar no sentido de obter um melhor nível de estilo de vida.

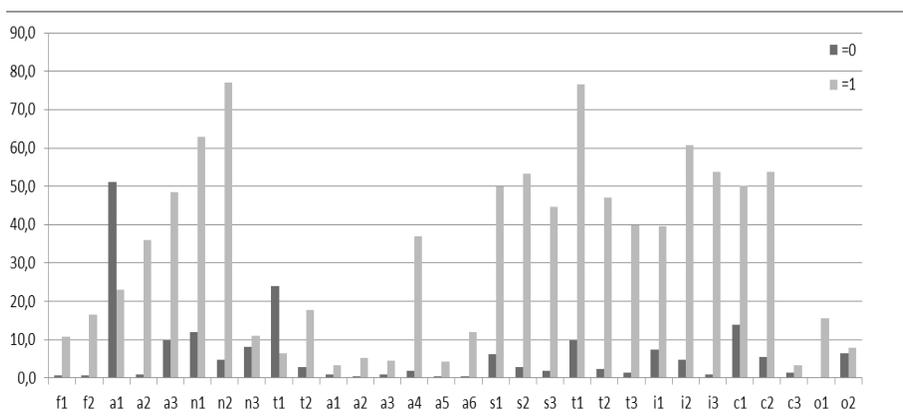


Figura 1. Proporção de respostas assinaladas com “0” ou “1” no questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”.

Podemos assinalar que existe predominância de comportamentos que podem comprometer a saúde em vários dos domínios, pelo que se apresenta a análise dos resultados obtidos em cada um dos itens dos dez domínios do questionário *Fantástico*. Assim, no que concerne ao domínio *Família e amigos*, a grande maioria dos estudantes (88,7%) tem quase sempre com quem *falar dos assuntos que são importantes para si* e 82,8% *dá e recebe carinho/afetos*. De salientar que apenas 0,6% dos estudantes referiram que *isso acontece quase nunca*.

Já quanto às *Atividades física/associativismo*, a maioria (51,1%) dos estudantes não pertence a grupos comunitários ou participa nas suas atividades. Quanto a prática de atividade física de pelo menos 30 minutos por dia (corrida ginásio) é uma prática frequente para a maioria (63,1%) dos estudantes. Já a maior parte (48,5%) dos estudantes é moderadamente ativo em atividades como jardinagem, limpeza da casa ou caminhada.

Em relação à *Nutrição* dos estudantes em estudo, podemos constatar que para a maioria (62,8%) comer duas porções de verduras e três de fruta diariamente só acontece às vezes, sendo que para 25,2% é quase sempre. O consumo de alimentos hipercalóricos diariamente é uma realidade para 17,5% dos estudantes, sendo que para 77% referiram que acontece por vezes. A grande maioria (80,9%) dos estudantes referiu que ultrapassou o seu peso ideal no máximo em quatro quilos, sendo que 8,1% referiram que o ultrapassaram em mais de nove quilos.

No que concerne aos hábitos tabágicos dos estudantes em estudo, a grande maioria (69,6%) não fumou nos últimos cinco anos, sendo que 23,9% fumam diariamente.

Quanto ao consumo diário de tabaco, 17,8% dos estudantes fumam entre um e dez cigarros por dia e apenas 2,9% fumam mais de dez cigarros por dia.

Já quanto ao consumo de *álcool e outras drogas* podemos verificar que para a quase totalidade (95,8%) dos estudantes o consumo semanal de bebidas alcoólicas é igual ou inferior a sete bebidas. De referir que apenas 1% dos estudantes referiu um consumo superior a doze bebidas/semana. Quanto ao consumo numa só ocasião, 94,5% dos estudantes referiu que *quase nunca* bebe mais de quatro/cinco bebidas. Quanto a condução de veículos motorizados após o consumo de álcool, a grande maioria (94,5%) refere que isso quase nunca acontece e 1,9% refere que acontece quase sempre. No que concerne ao uso de substâncias psicoativas ilegais (cannabis, cocaína, *ecstasy*...), a maioria dos estudantes (61,2%) refere que quase nunca as usa, contudo 36,9% refere que às vezes as utiliza e 1,9% faz uma utilização regular. Quanto ao uso excessivo de fármacos, a grande maioria (95,5%) dos estudantes refere *quase nunca aconteceu*. O consumo diário de bebidas estimulantes (café, chá ou outras bebidas com cafeína) acontece menos de duas vezes ao dia para a maioria dos estudantes (87,7%), contudo 12% dos estudantes refere um consumo de três a seis vezes ao dia.

Quanto ao *Sono e stress*, apenas 44% dos estudantes refere dormir bem e que sentir-se descansado é habitual, sendo que a maior parte (49,8%) refere que isso só acontece às vezes e 6,1% quase nunca. No que concerne à gestão do stress do dia a dia, a maioria dos estudantes refere que só o consegue fazer às vezes e 43,7% quase sempre. A maioria (53,4%) dos estudantes refere que relaxa e desfruta do seu tempo livre quase sempre, sendo que para 44,7% isso só acontece às vezes.

No que respeita ao *Trabalho/tipo de personalidade*, podemos constatar que a maioria (76,7%) dos estudantes *às vezes* sente-se acelerado e/ou ansioso, sendo que para 13,6% este é o seu estado habitual. A maioria (50,8%) refere andar quase sempre agitado e/ou agressivo. Por outro lado, a maioria dos estudantes (58,9%) sente-se feliz com o que faz e com as suas atividades em geral.

Já quanto a *Introspeção* podemos verificar que a maioria (53,1%) dos estudantes é quase sempre uma pessoa otimista e positiva. Contudo 60,8% sente-se por vezes tensos e/ou oprimidos, sendo que para 34,3% este sentimento é muito frequente. Quanto aos sentimentos de tristeza/depressão, estes acontecem por vezes em 53,7% dos estudantes, sendo muito frequentes em 45,3%.

No que toca aos comportamentos de saúde e sexual dos estudantes em estudo, a maioria só *às vezes* realiza exames periódicos de avaliação do estado de saúde, sendo que 13,9% raramente o faz. Falar com o parceiro e/ou família sobre temas de sexualidade é uma prática habitual para 40,8% dos estudantes, sendo que para a maioria (53,7%) isso só acontece por vezes. A grande maioria (95,5%) dos estudantes referiu que na sua conduta sexual se faz respeitar e respeita o parceiro sexual.

Em relação aos *Outros comportamentos* podemos constatar que a grande maioria (84,5%) dos estudantes cumpre as indicações de tratamento, de proteção ou de imunização, quando prescritas. Também a grande maioria (85,8%) dos estudantes referiu cumprir, como peão ou como condutor, as regras de segurança rodoviária.

Ao correlacionar as dimensões, verifica-se associação entre Tabaco, Álcool e outras drogas, Sono e stress, Comportamentos de saúde sexual e Outros comportamentos e ainda correlação positiva entre estilo de vida, bem-estar psicológico ($r^2=253$) e autoestima ($r^2=118$), sugerindo que estas dimensões se influenciam.

Os resultados do estudo insinuam que o questionário possui uma boa capacidade classificatória e que isto é especialmente importante durante programas de intervenção educacional, cujo objetivo é a promoção de um estilo de vida como forma de melhorar a saúde individual e a qualidade de vida. Alterações na classificação-padrão no sentido positivo serão indicativas de que o programa está a atingir os resultados esperados.

Em síntese, afirmamos que o questionário EVF (Estilo de Vida FANTÁSTICO) pode ser uma ferramenta para ajudar os profissionais da saúde (ou as equipas) que trabalhem em promoção da saúde, a identificar as necessidades de intervenção, bem como na orientação para mudanças nos comportamentos de saúde e no estilo de vida, promovendo a autoresponsabilização. Diríamos que, ao utilizar este instrumento de fácil aplicação, estaríamos a permitir às pessoas automonitorizar o seu estilo de vida cumprindo o preconizado na carta de Ottawa (OMS, 1986): a promoção da saúde como fator fundamental de melhoria da qualidade de vida e da responsabilidade de todos, em direção ao bem-estar global; a capacitação da comunidade nesse processo.

Referências bibliográficas

- Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: Theoretical issues and empirical findings. *Social Science & Medicine*, 32(8), 899-908. doi: 10.1016/0277-9536(91)90245-8
- Arrivillaga, M., Salazar, I. C., & Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación com las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34(4), 186-195.
- Babazono, A., Kuwabara, K., Hagiwara, A., Nagano, J., & Ishihara, R. (2011). Do interventions to prevent lifestyle-related diseases reduce healthcare expenditure?: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Epidemiology*, 21(1), 75-80.
- Bandura, B. (1982). Estilos de vida y salud: La perspectiva socioecológica. In J. I. Ruiz Olabuenaga (Ed.), *Estilos de vida e investigación social* (pp. 219-235). Bilbao, España: Mensajero.
- Balia, S., & Jones, A. (2008). Mortality, lifestyle and socioeconomic status. *Journal of Health Economics*, 27(1), 1-26. doi: 10.1016/j.jhealeco.2007.03.001

- Birch, S., & Stoddart, G. (1989). *Incentives to be healthy: An economic model of health-related behaviour*. New York, USA: The University of York, Centre for Health Economics.
- Breslow, L. (1990). Lifestyle, fitness, and health. In C. Bouchard, R. J. Shephard, T. Stephens, J. R. Sutton, & B. D. Mcpherson (Eds.), *Exercise fitness, and health: A consensus of current knowledge* (pp. 155-163). Champaign, USA: Human Kinetics Books.
- Cockerham, W. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51-67. doi: 10.1177/002214650504600105
- Cockerham, W. (2009). *Medical sociology* (11th ed.). New Jersey, USA: Prentice Hall.
- Cockerham, W., Rütten, A., & Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles: Moving beyond weber. *Sociological Quarterly*, 38(2), 321-342. doi: 10.1111/j.1533-8525.1997.tb00480.x
- Contoyannis, P., & Jones, A. (2004). Socioeconomic status, health and lifestyle. *Journal of Health Economics*, 23(5), 965-995. doi: 10.1016/j.jhealeco.2004.02.001
- Coreil, J., Levin, J. S., & Jaco, G. (1992). Estilo de vida: Un concepto emergente en las ciencias sociomédicas. *Clínica y Salud*, 3(3), 221-231.
- Dinger, M., & Waigandt, A. (1997). Dietary intake and physical activity behaviors of male and female college students. *American Journal of Health Promotion*, 11(5), 360-362. doi: 10.4278/0890-1171-11.5.360
- Elliot, D. S. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles. In S. G. Millstein, A. C. Petersen & E. O. Nightingale (Eds.), *Promotion the health of adolescents: New directions for the twenty-first century* (pp. 119-150). Oxford, England: Oxford University Press.
- Finotti, M. A. (2004). *Estilos de vida: Uma contribuição ao estudo da segmentação de mercado* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de São Paulo, Brasil.
- Keller, S., Maddock, J. E., Hannover, W., Thyrian, J. R., & Basler, H. D. (2008). Multiple health risk behaviors in german first year university students. *Preventive Medicine*, 46(3), 189-195. doi: 10.1016/j.ypmed.2007.09.008
- Kusaka, Y., Kondou, H., & Morimoto, K. (1992). Healthy lifestyles are associated with higher natural killer cell activity. *Preventive Medicine*, 21(5), 602-615. doi: 10.1016/0091-7435(92)90068-S
- Lange, I., & Vio, F. (2006). *Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior*. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
- Langlie, J. K. (1979). Interrelationships among preventive health behaviors: A test of competing hypotheses. *Public Health Reports*, 94(3), 216-225.
- Lema, S. L. F., Salazar, T. I. C., Varela, A. M. T., Tamaya, C. J. A, Rubio, S. A., & Botero, P. A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: Satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 71-88.
- López-Carmona, J. M., Rodríguez-Moctezuma, J. R., Munguía Miranda, C., Hernández-Santiago, J. L., & Casas de La Torre, E. (2000). Validez y fiabilidad del instrumento FANTASTIC para medir el estilo de vida de pacientes mexicanos con hipertensión arterial. *Atención Primaria*, 26(8), 542-549. doi: 10.1016/S0212-6567(00)78719-1

- Loureiro, E., Mcintyre, T., Mota-Cardoso, R., & Ferreira, M. A. (2008). A relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de medicina na Faculdade de Medicina do Porto. *Ata Médica Portuguesa*, 21(3), 209-214.
- Mechanic, D. (1979). The stability of health and illness behavior: Results from a 16-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 69(11), 1142-1145. doi: 10.2105/AJPH.69.11.1142
- Menéndez, E. L., (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Nogueira, M. C. J. (2007). *Estilo de vida e medicina: Tendência atual na prática dos médicos clínicos* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-07072008-100435/pt-br.php>
- Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. In *Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública, Ottawa, Canadá, 17-21 novembro 1986*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2005). Alcohol policy in the WHO European Region: Current status and the way forward. Copenhagen, Denmark: WHO/Regional Office for Europe.
- Pacheco, E. (2005). *Burnout e estilos de vida em profissionais de saúde* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade do Algarve, Portugal.
- Palomo G. I. F., Torres, G. I., Alarcón, M. A., Maragaño, P. J., Leiva, E., & Mujica, V. (2006). Alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos em una población de estudiantes universitarios de la región centro-sur de Chile. *Revista Española de Cardiología*, 59(11), 1099-1105. doi: 10.1157/13095778
- Pastor, Y., Balaguer, I., & García Merita, M. L. (1998). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Revista de Psicología de la Salud*, 10(1), 15-52.
- Phillips, B. A., & Danner, F. J. (1995). Cigarette smoking and sleep disturbance. *Archives of Internal Medicine*, 155(7), 734-737.
- Ramírez-Vélez, R., & Agredo, R. A. (2012). Fiabilidad y validez del instrumento “Fantástico” para medir el estilo de vida en adultos colombianos. *Revista de Salud Pública*, 14(2), 226-237. doi: 10.1590/S0124-00642012000200004
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicología e saúde*. Lisboa, Portugal: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Rodriguez-Añez, C. R., Reis, R. S., & Petroski, E. L. (2008). Versão brasileira do questionário “estilo de vida fantástico”: Tradução e validação para adultos jovens. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 91(2), 102-109. doi: 10.1590/S0066-782X2008001400006
- Rodriguez-Marin, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid, España: Síntesis.
- Rodriguez-Moctezuma, R., López-Carmona, J. M., Munguia Miranda, C., Hernández-Santiago, J. L., & Bermúdez-Martínez, M. (2003). Validez y consistencia del instrumento “FANTASTIC” para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 41(3), 211-220.

- Roth, E. (1990). Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22(1), 27-50.
- Silva, A., Brito, I., & Amado, J. (2011). Adaptação e validação do questionário “Estilo de Vida Fantástico”: Resultados psicométricos preliminares. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(Supl.), 650.
- Silva, A. M. M., Brito, I. S., & Amado, J. M. C. (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1901-1909. doi: 10.1590/1413-81232014196.04822013
- Thornton, J. (2002). Estimating a health production function for the US: Some new evidence. *Applied Economics*, 34(1), 59-62. doi: 10.1080/00036840010025650
- Valverde, M. P. (2009). *Estilos de vida y salud en la adolescencia* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://blad14.us.es/tesis/tesis/1162/estilos-de-vida-y-salud-en-la-adolescencia/>
- Williams, A. F., & Wechsler, H. (1972). Interrelationship of preventive actions in health, and other areas. *Health Services Reports*, 87(10), 969-976.
- Wilson, D. M. C., & Ciliska, D. (1984). Lifestyle assessment: Development and use of the FANTASTIC checklist. *Canadian Family Physician*, 30, 1527-1532.
- World Health Organization. (1986). Life-styles and health. *Social Science & Medicine*, 22(2), 117-124. doi: 10.1016/0277-9536(86)90060-2
- World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, Switzerland: Author.
- Yahia, N., Achkar, A., Abdallah, A., & Rizk, S. (2008). Eating habits and obesity among lebanese university students. *Nutrition Journal*, 7(32), 1-6. doi: 10.1186/1475-2891-7-32

CAPÍTULO IV

O CONTEXTO E O PERFIL DOS ESTUDANTES

REGINA MARIA FERNANDES DE JESUS PONTE FERREIRA AMADO
ROSA CÂNDIDA CARVALHO PEREIRA DE MELO
ROSA MARIA CORREIA JERÓNIMO PEDROSO

A Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC) tem como propósito ser uma escola que se constrói ativamente com a participação de todos os que a integram, pelo uso de competência, exigência e responsabilidade, no respeito do direito inalienável à diferença e divergência criativa de cada um, trabalhando assim para a concretização do mencionado nos estatutos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, citado no Plano de Atividades: Orientação Estratégica (2008):

que se projete como um centro de qualidade no ensino, na investigação e na inovação em cuidados de saúde, competitiva e acreditada como de excelência junto de agências de referência internacional. E que garanta a identidade do ensino de enfermagem, sendo determinante para o reconhecimento do mandato social da profissão (ESEnC, 2008, p.9).

As modificações no sistema de ensino de Enfermagem têm constituído desafios ao nível dos modelos de formação e têm sido motivo de reflexão no seio do corpo docente. Promover a produção do conhecimento sobre os contextos e os problemas reais dos estudantes, parece assim ser uma necessidade que tem vindo a obter consenso na comunidade científica, configurando-se como uma das finalidades previstas no Despacho nº 6659/99 de 5 de abril, que vem sendo acarinhada pelas direções de várias instituições do ensino superior e muito particularmente pela direção da ESEnC. Nesse sentido, torna-se importante conhecer alguns dados sobre a nossa população estudantil, permitindo adequar estratégias de formação, já que como comprovam diversos estudos, a aprendizagem do cuidar beneficia quando também se é cuidado (Freitas et al., 2008).

Para os estudantes do ensino superior em área de formação no âmbito da saúde, procedentes de várias zonas do país, colocam-se múltiplos desafios pessoais e sociais ao longo do curso, que vão apelando a sucessivas adaptações e reajustamentos a novas realidades e contextos. Vários estudos, de entre os quais o de Freitas, Raposo, e Almeida (2007), têm procurado

salientar a pertinência da aproximação dos docentes à realidade vivenciada pelos estudantes a nível sociodemográfico e económico, tendo como objetivos, conhecer o seu perfil, bem como a influência de algumas variáveis no ingresso, permanência no curso e no sucesso do estudante.

1. Perfil dos estudantes da ESEnC em 2004 e 2008

O género, a idade dos estudantes, o grau de escolaridade dos pais, a sua capacidade económica, bem como, o exercício profissional dos estudantes, são algumas variáveis sociodemográficas que importa conhecer e analisar. O género é uma das características sociodemográficas relevantes no ensino de enfermagem, pela predominância do género feminino. Este facto, remete-nos à história da enfermagem e muito particularmente aos conceitos de - Cuidados – Mulher – Enfermagem -, que ao longo da história da humanidade sempre caminharam juntos (Lopes & Santos, 2010; Nightingale, 2005).

Também ao longo da evolução da enfermagem enquanto prática e profissão, balizada por diferentes marcos históricos, foi a mulher que assumiu o papel imprescindível nos cuidados a prestar. Assim, desde a Idade Média até ao fim do século XIX, a prática dos cuidados era desenvolvida pela *mulher consagrada*. A influência dos valores religiosos marcou decisivamente o tipo de cuidados prestados neste período, cabendo às religiosas, cuja prática assenta nos valores morais e na vocação de servir, a função hospitalar como anexa à vida conventual bem como, a função de ensino e de proteção aos sofredores e desamparados (Colliére, 1989).

Apesar do exercício por parte do enfermeiro do género masculino ser, desde há muito, uma realidade no panorama dos cuidados de enfermagem, continua a manter-se mais veiculada à mulher. Relativamente à idade, a maioria dos estudantes que ingressa no ensino superior de enfermagem, situa-se num grupo etário que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), se designa por jovem adulto o qual compreende as idades entre os 20 e os 24 anos. Este período de transição para a idade adulta representa uma etapa, cujo processo é crucial no desenvolvimento humano e uma das fases em que são esperadas mudanças significativas em termos de interioridade e vida real (Erikson, 1976). Para o mesmo autor, este é o período da idade adulta jovem, que caracteriza o indivíduo que já está preparado e apto a fazer novas amizades e ligações a novos grupos e interesses. É a fase da Intimidade vs. Isolamento, em que a/o jovem deseja um relacionamento afetivo íntimo, duradouro e contínuo, procurando nesta altura construir uma carreira profissional que lhe proporcione estabilidade económica e emocional. O reverso da Intimidade é o Isolamento que se caracteriza pelo distanciamento das pessoas, objetos ou situações, que o jovem perceciona como ameaça real para si e para as suas relações.

Também para Levinson (1977), a Idade Adulta Jovem, que o autor designa por *Era*, dos 17 aos 45 anos, corresponde ao período das escolhas e decisões mais importantes do

indivíduo, em termos de curso, companheira/o íntima/o, opções políticas, sociais e morais, bem como, na definição de objetivos e planos de vida que o jovem perspectiva na construção do seu lar e família.

Para um número significativo de estudantes, poderá significar ter de sair da casa dos pais pela primeira vez; aprender a gerir os seus recursos financeiros; inserir-se em contextos e ambientes que desconhece; confrontar-se com situações que exigem mais autonomia, responsabilidade e capacidade na tomada de decisão; adotar novos papéis; estabelecer novas amizades; eleger parceiro íntimo; selecionar alojamento economicamente compatível; gerir as solicitações extracurriculares e particularmente a independência acrescida (Freitas, Raposo, & Almeida, 2007). Na realidade, representa um vasto conjunto de experiências de vida, que para serem resolvidas com sucesso, vai implicar mudanças no processo de vinculação entre o jovem e a família em termos de maior diferenciação, maior distanciamento emocional e na diminuição do seu apoio e ajuda psicológica (Jorge & Rodrigues, 1995; Almeida, Soares, & Ferreira, 2000).

Por outro lado, mesmo considerando as sucessivas transformações que têm vindo a ocorrer nas relações familiares, a representação da família como instituição sobre a qual recaia a responsabilidade de educar e formar os descendentes na transmissão dos valores e da moral, a formação académica dos progenitores poderá também exercer um papel relevante (Casassus, 2002; Santos, 2005). Para estes autores a formação académica dos pais é considerado, no âmbito da pedagogia e sociologia, um pilar relevante na disposição para o sucesso/insucesso escolar do jovem.

Uma outra questão igualmente pertinente está relacionada com a legislação no sentido de facilitar o acesso ao ensino superior para os maiores de 23 anos, em que a lei dá-lhe essa possibilidade através do Concurso Especial de Ingresso ao Ensino Superior. O Decreto-Lei nº 64/2006 de 21 de março consagra o direito ao acesso ao ensino superior a pessoas que, tendo mais de 23 anos e não sendo titulares de habilitação para acesso à universidade, façam prova da sua capacidade para a frequência do Ensino Superior.

Perante esta nova realidade social as características dos *novos* contingentes de estudantes, oriundos de diferentes classes sociais apresentam um perfil diversificado em termos socioeconómicos, com interesses, motivações e objetivos diversificados.

Dada a situação atual de uma taxa elevada de desemprego e de rendimento económico baixo nas famílias, os estudantes têm necessidade de ter um trabalho para suprir essas necessidades. Por outro lado, os jovens enquanto estudantes, desejam ter uma profissão ou alguma forma de trabalho remunerado quer este seja esporádico, em part-time ou a tempo inteiro para poderem assumir a sua autonomia financeira. A investigação que tem vindo a ser desenvolvida neste âmbito tem evidenciado que estudo e trabalho são dimensões que desempenhadas em simultâneo, poderão contribuir para o sucesso académico (Cardoso & Sampaio, 1994).

Neste entendimento, as políticas de ensino e as instituições de ensino superior procuram reajustar-se às necessidades e pretensões dos estudantes. Além da legislação produzida neste âmbito visando salvaguardar a equidade e os direitos e deveres dos estudantes, também as instituições de ensino superior procuram reajustar-se em termos práticos e logísticos, definindo múltiplos aspetos que visam a articulação entre o trabalho e a formação, nomeadamente no que respeita a critérios de frequência e assiduidade aos cursos, horários compatíveis, estratégias de ensino-aprendizagem, entre outros (Cardoso & Sampaio, 1994).

No entanto, deve considerar-se que o estudante trabalhador pode vir a ter o seu rendimento académico limitado por questões de tempo e de disponibilidade física e mental para os estudos, podendo condicionar o seu envolvimento no ambiente académico e socialização com os seus pares.

Embora os diferentes argumentos apresentados sejam reconhecidos como plausíveis, a justificação para o elevado número de estudantes que acumula o estudo com trabalho nas diferentes áreas do ensino superior, quer a nível nacional quer a nível internacional, parece encontrar nas teorias desenvolvimentistas algumas das principais respostas (Cardoso & Sampaio, 1994), uma vez que este se encontra na transição para a idade adulta, onde o rendimento auferido pelo seu próprio trabalho, poderá contribuir para a sua autonomia e independência.

Para o estudo das variáveis género e idade dos estudantes, grau de escolaridade e profissão dos pais, exercício profissional dos estudantes e residência de estudantes em tempo letivo, foram desenvolvidos estudos descritivos aos estudantes do 1º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESEnfC nos anos letivos de 2004/2005, 2007/2008, 2010/2011. As amostras foram constituídas por 128, 243 e 242 estudantes respetivamente, sendo os critérios de inclusão o facto de estarem presentes no momento da aplicação do questionário, aceitarem colaborar no estudo e estarem matriculados no 1º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Os resultados obtidos nas três amostras evidenciaram a predominância do género feminino (83,6%, 84,4% e 81,6%). No entanto, verificou-se uma ligeira subida de estudantes do género masculino no ano letivo 2010/2011.

No ano letivo 2004/2005 (1ª amostra) a média de idades foi de $18,56 \pm 1,54$ anos, variando as idades entre os 17 e 25 anos. No ano letivo 2007/2008 (2ª amostra), as idades variaram de 17 a 39 anos e a média de idades foi de $19,46 \pm 3,11$ anos. No ano letivo 2010/2011 (3ª amostra) a média de idades foi de $18,99 \pm 3,05$ anos, tendo as idades variado entre 17 e 48 anos.

Quanto ao grau de escolaridade do pai dos estudantes, verificou-se nas duas primeiras amostras, possuírem maioritariamente, habilitações literárias correspondentes ao 1º ciclo

(42,2% - 1ª amostra; e 26,7% - 2ª amostra) enquanto na 3ª amostra, 28,4% correspondem ao 9º Ano de escolaridade. Relativamente à mãe, apresentam, maioritariamente, habilitações literárias correspondentes ao 2º ciclo (39,8% - 1ª amostra), 1º ciclo (26,3% - 2ª amostra), e 3º ciclo (31,2% - 3ª amostra). Com maior formação académica observa-se que nas três amostras, os maiores percentuais correspondem às mães dos estudantes.

Relativamente à situação profissional, nas três amostras, a maioria dos pais (65,6%; 56,7%; 65,6%) e das mães (57%; 62,9%; 69,5%) **são trabalhadores por conta de outrem. Salienta-se o aumento do número de desempregados, sobretudo nas mães (tabela 1).**

Tabela 1
Escolaridade e situação profissional dos pais

Situação dos Pais	Escolaridade e situação profissional dos pais											
	Ano letivo 04/05 n = 128				Ano letivo 07/08 n = 243				Ano letivo 10/11 n = 242			
	Pai		Mãe		Pai		Mãe		Pai		Mãe	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Escolaridade												
1º Ciclo	54	42,2	1	0,8	65	26,7	64	26,3	36	15,5	24	10,1
2º Ciclo	14	11,0	51	39,8	40	16,4	38	15,6	45	19,4	29	12,2
3º Ciclo	21	16,4	22	17,2	48	19,7	51	20,9	66	28,4	67	28,3
Secundário	25	19,6	11	11,7	50	20,5	49	20,1	54	24,6	74	31,2
Superior	14	11,0	39	30,5	26	10,6	32	13,1	28	12	41	17,3
Situação Profissional												
Trabalhador por conta própria	30	23,4	24	18,8	67	27,5	31	12,7	48	19,8	19	8,1
Trabalhador por conta de outrem	84	65,6	73	57,0	138	56,7	153	62,9	147	65,6	164	69,5
Desempregado	4	3,1	14	10,9	5	2,0	30	12,3	11	4,9	22	9,3

Em todas as amostras a maioria dos estudantes reside fora do agregado familiar durante o tempo letivo (figura 1). Destes, a maioria reside em casa ou quarto alugado (32% e 30,5% - 1ª amostra; 19,34% e 25,92% - 2ª amostra; 26,9% e 24,4% - 3ª amostra), repartindo-se ainda por residência de familiares e casa própria (figura 1).

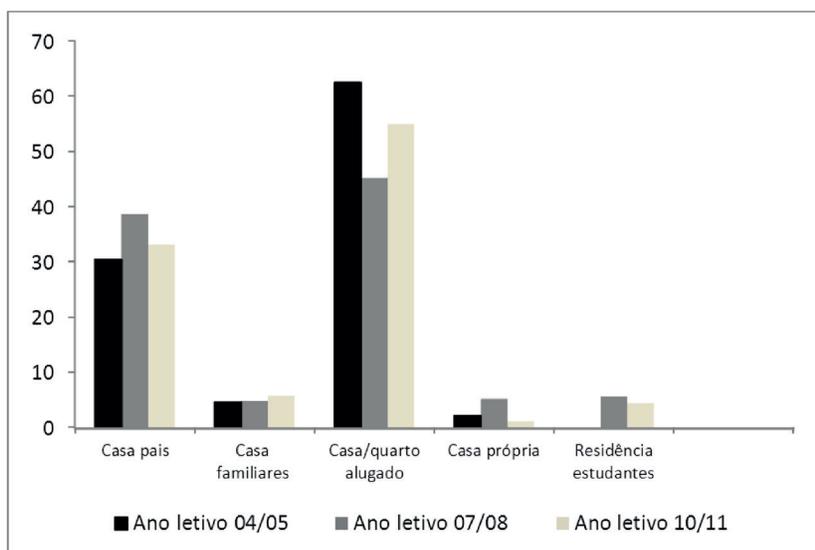


Figura 1. Residência de estudantes em tempo letivo.

Relativamente à questão de atividade remunerada no início do curso, a maioria dos estudantes não exerce atividade remunerada (93,8% - 1ª amostra; 86,01% - 2ª amostra; 91,9% - 3ª amostra).

Dos estudantes que exercem atividade remunerada verifica-se na 1ª amostra que 3,9% exercem atividades de forma pontual, e 2,3% em regime de part-time. Inversamente, na 2ª amostra este regime é mais expressivo (6,18%), encontrando-se também estudantes que trabalham a tempo inteiro. Na 3ª amostra exercem atividade em part-time 3,3%, pontualmente 2,9% e a tempo inteiro apenas 0,4%.

Neste estudo os resultados obtidos evidenciaram a predominância do género feminino traduzindo a tendência histórica da profissão de que a prática dos cuidados sempre esteve associada à mulher (Colliére, 1989).

Relativamente à idade dos estudantes, verificou-se um aumento na dispersão nas idades, nomeadamente na última amostra, 2010/2011, tendo as idades variado entre os 17 e 48 anos, significando a existência de uma acentuada amplitude de variação de idades. Este facto pode estar relacionado com a legislação atual que consagra o direito ao acesso ao ensino superior a pessoas que, tendo mais de 23 anos e não sendo titulares de habilitação para acesso ao Ensino Superior o possam fazer através de prestação de provas (Decreto-Lei nº 64/2006 de 21 de março). Esta situação pode ser positiva, dado

verificar-se uma maior diversidade de vivências experienciadas e diferentes níveis de maturidade, permitindo uma maior partilha de conhecimentos e uma maior capacidade em compreender os outros (Sprinthall & Collins, 1994). Ainda Veiga (1995) acrescenta que a idade é considerada um fator importante na maturação do indivíduo.

No que respeita à escolaridade dos pais (pai e mãe), o estudo evidencia ser a mãe que possui maior escolaridade, o que vai de encontro ao que se verifica na nossa sociedade atual, pois é cada vez mais crescente a adesão de estudantes do género feminino aos cursos superiores. Simultaneamente, está de acordo com a evolução da sociedade em que a mulher tem um papel mais ativo a nível da sua formação profissional. Parece ser indiscutível de que em termos globais: quanto menor ou maior for a escolaridade do pai e da mãe também menor ou maior será o rendimento académico dos filhos (Casassus, 2002; Santos, 2005).

Para os referidos autores, este fator enquanto favorecedor das dimensões cognitiva, psicológica, social e económica, parece corresponder a uma força propulsora que aliada a circunstâncias protetoras, promove e estimula o desenvolvimento e a proficiência do estudante. Por outro lado, há estudos que referem que os pais com habilitações literárias mais elevadas poderão não ter tanta disponibilidade para o acompanhamento dos filhos, pelo facto de estarem mais ocupados com a sua carreira profissional (Melo & Raposo, 2007).

Relativamente à situação profissional a maioria dos pais (pai e mãe) são trabalhadores por conta de outrem, o que os coloca numa situação de maior vulnerabilidade, sendo as mulheres o grupo mais afetado em termo de desemprego, o que está de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2013).

Em relação à residência de estudantes em tempo letivo verificou-se que a maioria dos estudantes residia fora do agregado familiar, o que lhes pode proporcionar a aquisição de autonomia e aumento de responsabilidade (Valente, 2002), dado que as relações e as vivências com os pares e outras pessoas significativas ajudam no desenvolvimento de competências (Filipe, 2000; Melo, 2004).

A maioria dos estudantes não exerce atividade remunerada. Dos estudantes que exercem atividade remunerada verifica-se que exercem atividade de forma pontual, em regime de part-time, encontrando-se também estudantes que trabalham a tempo inteiro. Estes resultados, embora pouco expressivos, devem ser tidos em conta na organização e planeamento das atividades letivas de forma a facilitar a compatibilização do trabalho e o sucesso académico dos estudantes. Dado que alguns estudos apontam para a importância da associação entre trabalho e estudo podendo resultar em subsídios formativos para o jovem estudante no desenvolvimento de competências pessoais, psicossociais, éticas e de cidadania. Por outro lado, a compatibilização do trabalho e do estudo pode ser uma estratégia de antecipação às etapas com vista a garantir um espaço num mercado de trabalho extremamente competitivo (Silva, 2004).

2. O que revelam estes dados

Estes resultados revelam que os estudantes da ESEnFC são maioritariamente do sexo feminino. O sexo feminino adquire uma maior representatividade o que reforça a imagem social da enfermagem como uma profissão com uma forte componente feminina, ligada à história da profissão. Como refere Collière (1989, p.40) “durante milhares e milhares de anos, a prática de cuidados correntes, isto é, todos os cuidados que suportam a vida todos os dias liga-se fundamentalmente às atividades da mulher”.

A população estudantil é constituída maioritariamente por jovens adultos. Ser jovem implica uma descoberta de si próprio que progressivamente vai assumindo responsabilidades, com os avanços e recuos que a adolescência permite. De acordo com dados da United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), a população jovem tende a ter mais comportamentos de risco que as pessoas adultas, o que torna rapazes e raparigas mais suscetíveis e vulneráveis a problemas de saúde.

Os estudantes maioritariamente não têm atividade remunerada e residem fora do agregado familiar. Estes fatores devem ser considerados na sua formação, face à suscetibilidade e vulnerabilidade na aquisição de comportamentos de risco e problemas de saúde.

Quanto à situação profissional dos pais, maioritariamente são trabalhadores por conta de outrem, salientando-se elevado número de pais desempregados, com maior expressividade nas mães, podendo constituir maior fragilidade económica a nível do agregado familiar, e consequentemente uma ameaça na tranquilidade, segurança e sucesso académico dos estudantes.

Referências bibliográficas

- Almeida, L. S., Soares, A. P. C., & Ferreira, A. G. (2000). Transição e adaptação à universidade: Apresentação de um questionário de vivências académicas (QVA). *Revista Psicologia*, 14(2), 189-207.
- Cardoso, R. C. L., & Sampaio, H. (1994). Estudantes universitários e o trabalho. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 9(26). Recuperado de http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_26/rbcs26_03.htm
- Casassus, J. (2002). *A escola e a desigualdade*. Brasília, Brasil: Plano Editora.
- Collière, M.-F. (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Decreto-Lei nº 64/2006 de 21 de março. *Diário da República nº 57/2006 – I Série*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.
- Despacho nº 6659/99 de 5 de abril. *Diário da República nº 79/99 – II Série*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.

- Erikson, E. (1976). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro, Brasil: Zahar.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2008). *Plano de atividades: Orientação estratégica*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Filipe, F. C. (2000). *Construindo um projecto de vida: Estudo exploratório da estrutura de vinculação e domínio das emoções, como um passo importante na adaptação do estudante ao ensino superior* (Tese de mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.
- Freitas, H. C. N. M., Brito, I. S., Carrageta, M. C. M., Pedroso, R., Amado, R., Melo, R., . . . Neves, M., (2008). *Caracterização dos estudantes da ESEnFC*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Freitas, H. C. N. M., Raposo, N. A. V., & Almeida, L. (2007). Adaptação do estudante do ensino superior e rendimento académico: Um estudo com estudantes do primeiro ano de enfermagem. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41(1), 179-188.
- Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Principais Indicadores*. Recuperado de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_princindic&xpid=INE
- Jorge, M. S. B., & Rodrigues, A. R. F. (1995). Serviços de apoio ao estudante oferecidos pelas escolas de enfermagem no Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 3(2), 59-68. doi: 10.1590/S0104-11691995000200005
- Levinson, D. (1977). *The seasons of man's life*. New York, USA: Albert A. Knopf.
- Lopes, L. M. M., & Santos, S. M. P. (2010). Florence Nightingale: Apontamentos sobre a fundadora da enfermagem moderna. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 181-189. doi: 10.12707/R1110HM3
- Melo, R. (2004). *Desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: Um estudo com estudantes de enfermagem* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Melo, R., & Raposo, N. (2007). Desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: Estudo com estudantes de enfermagem. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41(1), 189-209. Recuperado de <http://iduc.uc.pt/index.php/rppedagogia/article/viewFile/1192/640>
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Santos, C. A. (2005). *A caracterização socioeconómica do estudante universitário: Um estudo de caso* (Relatório de projeto de pesquisa de pós-graduação). Goiânia: Universidade Estadual de Goiás.
- Silva, M. M. (2004). O trabalho para os jovens diplomados no novo modelo de acumulação capitalista. *Perspetiva*, 22(02), 405-424.
- Sprinthall, N., & Collins, W. A. (1994). *Psicologia do adolescente*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Valente, M. I. P. (2002). *Auto-conceito nos estudantes de enfermagem: Estudo da interação entre a vinculação e variáveis sócio-demográficas no auto-conceito*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Veiga, F. H. (1995). *Transgressão e autoconceito dos jovens na escola*. Lisboa, Portugal: Fim do Século.

CAPÍTULO V

TRANSIÇÕES E CONTEXTOS: EXPLICANDO OS ESTILOS DE VIDA DOS ESTUDANTES

MARÍLIA MARIA ANDRADE MARQUES DA CONCEIÇÃO E NEVES
ROSA MARIA CORREIA JERÓNIMO PEDROSO
REGINA MARIA FERNANDES DE JESUS PONTE FERREIRA AMADO

O estudante do ensino superior vive entre transições e enfrenta contextos que lhe exigem constantes adaptações, quer para integração em novas comunidades, quer para assunção progressiva de novos papéis. Neste percurso biográfico, o estudante vê-se envolvido em processos socioculturais inerentes não só às características e tradições vigentes na localidade e academia onde decorre a formação mas também à fase do ciclo vital, que podem propiciar o desenvolvimento de hábitos e estilos de vida com repercussões na sua saúde.

1. A transição para o ensino superior

Na literatura, o termo transição é usado com frequência para descrever processos de mudança no desenvolvimento, alterações nas circunstâncias de saúde ou sociais. Uma situação de transição ocorre sempre que um acontecimento produz mudanças nas rotinas, papéis, relacionamentos interpessoais, conceito acerca de si e/ou do mundo em redor. A transição não é apenas um evento, é um processo que ocorre no tempo e tem um significado de fluxo e movimento. Durante a transição, a pessoa experimenta mudanças no seu mundo externo e na forma como as percebe; pressupõe uma reorganização e autorredefinição para incorporar a mudança na sua vida. É uma conjuntura que, na percepção da pessoa, lhe coloca desafios, nem sempre muitos e nem sempre novos, mas que exigem (na maior parte das vezes) modificação nos padrões de comportamento, algumas até previsíveis ou esperadas, agradáveis e desagradáveis, com ganhos e perdas. As transições são complexas e multidimensionais, discretas ou mutuamente exclusivas, sequenciais, simultâneas, relacionadas e não relacionadas. Os significados atribuídos às transições variam de pessoa para pessoa, daí a duração e a intensidade da influência transicional variar ao longo do tempo, além de afetar de forma diferente quem experiencia um mesmo evento. O processo

de transição requer tempo para que ocorram mudanças nos comportamentos, na identidade, nos pressupostos sobre o mundo e mesmo na sua saúde (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger-Messias, & Schumacher, 2000; Pinheiro, 2004; Kralik, Visentin, & Loon, 2006).

A entrada no ensino superior pressupõe, para muitos estudantes, a saída do contexto familiar para um universo que implica uma autonomia e uma adaptação a novas exigências sociais, novas regras, interlocutores e papéis. Os processos de transição podem estar associados a mudanças no ciclo vital, identificado como tipo de transição desenvolvimental e/ou relacionadas com acontecimentos que originam alterações de papéis, designada como transição situacional, podendo originar instabilidade e alterações nos hábitos e comportamentos, passageiras ou permanentes, deixando a sua marca (Meleis et al., 2000). No contexto desta transição podem ocorrer mudanças identitárias no estudante, perturbações das relações interpessoais ao nível familiar e do grupo de amigos, de cariz cultural ou religioso. Pode demorar algum tempo até que o estudante tenha perceção das exigências do ensino superior, da complexidade dos seus papéis, das suas responsabilidades acrescidas, desde a administração do tempo e dinheiro aos comportamentos e estilos de vida (Pinheiro, 2004).

O estilo de vida sendo um modo de viver baseado em padrões de comportamento identificáveis, que são determinados pela relação entre as características pessoais individuais, as interações socioculturais, as condições socioeconómicas e ambientais (World Health Organization – WHO, 1998), relacionam-se com as práticas quotidianas que envolvem escolhas individuais e identitárias em áreas tão distintas como a habitação, a alimentação, os hábitos de trabalho, o lazer, a organização do espaço e do tempo ou o convívio com os outros. Os estilos de vida tendem a configurar-se de forma coerente e a exprimir as identidades pessoais e coletivas, adquirindo assim maior relevo tanto na definição das práticas diárias como na construção das identidades pessoais, (re)criadas pelas atividades e opções dos indivíduos (Rodrigues, 1992).

No caso particular do estudante de enfermagem, o período de formação constitui um acontecimento de vida que comporta, quase em simultâneo, a transição entre o ensino secundário e o ensino superior e a transição para um contexto profissional uma vez que a partir do 2º ano 50% da aprendizagem é prática e ocorre em contexto clínico. Vivencia em simultâneo experiências sociais únicas, com novas expectativas e desafios sobretudo ao nível das responsabilidades e dos papéis, com transições que se podem caracterizar como “(...) períodos de conflitos de papéis entre dois estádios da vida claramente definidos e por implicarem o estabelecimento de novos padrões de vida” (Almeida, Soares, & Ferreira, 2000, p. 202). Confronta-se, em simultâneo, com um conjunto de vivências inerentes à vida académica, em dois contextos que constituem autênticas sub-culturas com as respetivas regras implícitas de funcionamento e que vão estimular a sua transição da adolescência para a vida adulta. O desenvolvimento de identidade insere-se no contexto dos relacionamentos, das atividades do dia-a-dia e dos diferentes contextos, condutores da adoção de novos

papéis e comportamentos pelo jovem. A maioria das normas que regulam o contexto estudantil é estabelecida pelo grupo social a que pertencem, em termos de género, papéis sociais ou ocupacionais, filiação institucional e académica. Esta influência exercida pelo grupo de pares tanto pode ser positiva e contribuir para o seu desenvolvimento equilibrado ou funcionar como pressão negativa, incitando-o a apresentar comportamentos de risco. (Sprinthall & Collins, 1999; Ferreira & Ferreira, 2000). “A ascendência predominante da família vai ser progressivamente substituída pelo grupo de pares como fonte de referência das normas de condutas e de atribuição de estatuto. (Claes, 1990, p. 52)”. Paralelamente ao movimento de emancipação da matriz familiar, surge um intenso investimento nas atividades sociais com os colegas, potenciando o confronto com realidades competitivas no grupo e ocasiões para assumir riscos. Assim, o estudante tem de encontrar um sistema de equilíbrio entre a última oportunidade de experimentar vivências significativas inerentes à sua condição de estudante, que proporciona e legitima um modelo de hábitos e modos de comportamentos nem sempre saudáveis; e o desenvolvimento de competências no domínio académico da enfermagem que o implica na promoção de estilos de vida saudável.

O impacto provocado pelas transições no estilo de vida do estudante pode abranger um ou mais âmbitos da sua vida. Entre as rotinas, as modificações mais evidenciadas pelos estudantes são referentes aos horários de acordar e deitar, dos períodos diários de aulas, de estudo e de lazer. Estas alterações ocorrem mesmo nas situações em que a mudança não é tão vasta, como é o caso dos estudantes que permanecem a residir na mesma localidade e com os pais. Por serem áreas que interferem com o seu bem-estar, as preocupações dos estudantes centram-se na articulação entre os períodos de sono e vigília, a alimentação, as tarefas domésticas e, para muitos, nas viagens diárias e/ou semanais. Mudam também os seus papéis, o que por si só tem impacto no tipo de transição que experienciam (Pinheiro, 2004).

A perceção do suporte social é um aspeto determinante nas respostas adaptativas à transição. Mesmo quando as mudanças são previsíveis e desejáveis, a influência de fatores externos ao indivíduo faz com que a responsabilidade para tomar decisões comportamentais em relação aos estilos de vida adotados seja limitada. A influência sobre os estilos de vida pode revestir-se de aspetos culturais, associados aos valores intrínsecos à sociedade ou a determinados grupos sociais, destacando-se nestes últimos a família e os grupos de pares como principais fontes de pressão, na conformidade relativamente à prática de alguns comportamentos. Assim, estes recursos podem também dificultar ou facilitar a vivência da transição, contribuindo para o desenvolvimento do sentimento de valorização e de capacidade que indiretamente acabam por se refletir na aquisição de um estilo de vida saudável. Ao interagirem entre si durante o processo de transição podem proporcionar um contexto harmonioso e efetivo de colaboração e ajuda situadas no tempo, espaço e relações, essenciais para uma transição saudável (Rodrigues, 1992; Meleis et al., 2000; Kralik, Visentin, & Loon, 2006).

Com base nestes pressupostos estudaram-se os estilos de vida entre os estudantes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com o intuito de atuar ao nível da promoção da saúde daqueles que formamos para promover a saúde da população. Neste contexto, entendeu-se que o conhecimento de alguns dados sobre a nossa população estudantil permitirá adequar estratégias de formação em enfermagem, já que a aprendizagem do cuidar beneficia quando se é cuidado.

2. O uso do tempo livre, o lazer e a qualidade de vida

No estudante do ensino superior há maior quantidade de tempo não supervisionado ou livre, facilitando o acesso a uso de drogas, violência, práticas sexuais não seguras, excesso de lazer passivo que pouco exige em termos de raciocínio, pouco ou nenhum tempo para o exercício físico, podendo levar ao sedentarismo e desenvolvimento precoce de doenças crónicas. Dessa forma, o estudo dos padrões de uso do tempo, tipos de lazers praticados e participação em atividades académicas dos estudantes da ESEnC constituiu um foco de atenção em virtude das importantes consequências no seu desenvolvimento e futuro e revestiu-se de grande importância pelo auxílio na eventual tomada de medidas preventivas. Perspetivou-se o desenvolvimento do conhecimento da comunidade educativa sobre os benefícios do lazer e do aumento do envolvimento dos estudantes em atividades com um gasto energético acima do repouso, corresponsabilizando-os pela gestão do seu projeto de saúde.

O uso do tempo livre tem impacto na saúde dos estudantes, influenciando o seu desenvolvimento e determinando bem-estar emocional e social. O tempo livre, encarado como tempo desobrigado, poderia transformar-se num período para vivenciar o lazer como uma forma indispensável de promoção para uma vida saudável. O lazer, enquanto componente da vida da pessoa, é determinante para melhorar não só a saúde como também o nível de sociabilização e qualidade de vida. A Carta Internacional de Educação para o Lazer consagra-o como "(...) uma área específica da experiência humana com seus próprios benefícios, incluindo liberdade de escolha, criatividade, satisfação, diversão e aumento de prazer e felicidade. Abrange formas amplas de expressão e de atividades cujos elementos são tanto de natureza física quanto intelectual, social, artística ou espiritual" (World Leisure and Recreation Association – WLRA, 1993, Secção Lazer, ponto 2.1).

O lazer pode definir-se como uma forma de usar o tempo livre dedicando-o a uma atividade que se goste de fazer. É, portanto, uma forma de libertação das ocupações do quotidiano, seja do trabalho assalariado ou das obrigações diárias. É a satisfação com algo que esteja relacionado em dois aspetos: tempo livre (não trabalhar) e atitude (prazer), ou seja, atividades que estejam fora do tempo das ocupações diárias em geral e ao mesmo tempo que proporcionem prazer e sensação de liberdade. Assim, a realização

de qualquer atividade de lazer envolve a satisfação de aspirações dos seus praticantes (Gomes, 2004; Marcellino, 2006). A conceção mais ampla de lazer abarca outros elementos interrelacionados: a atitude, o tempo e os valores implícitos:

- O lazer associado à atitude caracteriza-se pelo tipo de relação com a experiência vivida. O lazer ativo é considerado o mais apropriado não só porque se caracteriza pela participação integral da pessoa como ser capaz de escolha e de crítica, como também surge muitas vezes relacionado com atividades físicas, fator primordial contra o sedentarismo e stresse. O lazer passivo engloba todas as atividades que poupem energia e conduz ao comodismo, sendo um tipo de lazer que expõe ao consumo, ou seja, reduz as possibilidades de escolha e crítica face à oferta imediata disponível.
- O lazer relacionado ao tempo, considera as atividades desenvolvidas no tempo livre não só das obrigações profissionais mas também das familiares, sociais ou académicas.
- As atividades de lazer estão associadas a valores, sendo os mais comuns relaxar, *recuperar energias*, distrair-se, entreter-se, *passar o tempo*, divertir-se. São os valores que determinam os interesses abrangidos pelos conteúdos do lazer. A classificação mais consensual distingue seis áreas fundamentais: os interesses artísticos, os intelectuais, os físicos, os manuais, os turísticos e os sociais. O domínio dos interesses artísticos está associado a atividades que remetem para o imaginário, as emoções, as manifestações artísticas como tocar um instrumento musical ou o teatro. Em contraste, nos interesses intelectuais a ênfase é dada ao contacto com o real, as informações objetivas e explicações racionais, sendo exemplos a leitura e a participação em cursos. A prática desportiva, as caminhadas e todas as atividades onde prevalece o movimento, constituem o domínio dos interesses físicos. Os interesses manuais estão ligados à manipulação e transformação, como o artesanato e a jardinagem. A quebra da rotina temporal e espacial está relacionada com a área do lazer turístico, sendo exemplos as viagens ou passeios temáticos. No domínio dos interesses sociais no lazer surgem os bares, os cafés, o associativismo, como exemplos de pontos de encontro para o contacto próximo, o convívio e os relacionamentos (Andrade, 2001; Marcellino, 2006; Gomes, 2008).

Elemento integrante da vida da pessoa, o lazer atua na renovação de energias, na revitalização e desbloqueio dos pensamentos monótonos, negativos e rotineiros. O lazer é reconhecido como um campo da vida humana decorrente de construções e interações culturais e sociais, entre outras, pelo que interfere no desenvolvimento pessoal e social dos indivíduos. Consequentemente, como atividade voluntária e que dá prazer, o lazer também intervém no conforto, no bem-estar e qualidade de vida.

A qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como o seu padrão de conforto e

bem-estar. Significa o estar bem consigo mesmo, com a vida, com o meio envolvente - ter qualidade de vida é estar em equilíbrio. No âmbito da saúde, quando vista no sentido ampliado, a qualidade de vida tem no conceito de promoção da saúde o seu foco mais relevante (Minayo, Hartz, & Buss, 2000; Marcellino, 2006).

Este entendimento fundamenta-se em pressupostos elaborados dentro de um referencial teórico que associa o estilo de vida saudável à prática de atividades físicas e socioculturais, consequentemente, a melhores padrões de saúde e qualidade de vida. Efetivamente, ao participar das atividades socioculturais, o indivíduo estabelece uma relação afetiva com as pessoas e com o mundo, contribuindo para a melhoria da saúde, do nível de sociabilização e de interesse pela vida. Sabe-se, também, que a atividade física regular está associada a inúmeros benefícios para a saúde. Ainda assim, importa sempre reforçar esta ideia, pois a população portuguesa ainda está muito longe de se poder considerar fisicamente ativa. Basta estarmos atentos à comunicação social para verificarmos que nunca, como hoje, foi dada tanta importância à relação entre atividade física, saúde e obesidade. A evidência científica e a experiência disponível mostram que a prática regular de atividade física e desporto tem benefícios ao nível físico, social e mental. Em Portugal, o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, reitera a atividade física como um dos principais fatores determinantes a considerar (Direção Geral de Saúde – DGS, 2004).

Partindo da conceptualização de lazer como uma ocupação voluntária e não remunerada, escolhida porque é agradável, procurou-se conhecer as atividades físicas e socioculturais praticadas pelos estudantes. Realizou-se um estudo descritivo transversal, tendo como participantes estudantes do curso de licenciatura, com amostras intencionais de 128 estudantes que frequentaram o 1º ano em 2004/2005, e 88 dos mesmos estudantes a frequentar o 4º ano em 2007/2008 (amostras não emparelhadas), com o objetivo de identificar os hábitos de lazer que apresentavam os estudantes no início e no final do curso, nomeadamente quanto às modalidades de atividade física que praticavam, à sua frequência e tempo despendido por sessão, bem como as atividades de natureza sociocultural a que se dedicavam durante o seu tempo livre (Freitas et al., 2009).

Constatou-se que a maioria dos estudantes não praticava exercício físico. A prática regular de atividades físicas, como forma de lazer durante o seu tempo livre, foi referida por 32,8% (42) dos estudantes do 1º ano e 35,2% (31) do 4º ano, registando-se um ligeiro aumento de praticantes no final do curso.

Pela leitura da Tabela 1 constata-se alguma diversidade e dispersão de modalidades de atividade física praticadas pelos estudantes ao iniciarem o curso, sobressaindo as executadas em ginásio, o futebol e a natação. Mais de metade dos que tinham atividade física (51,1%), faziam-no duas ou mais vezes por semana e a maioria dos estudantes (60,0%) despendia 60 minutos em cada sessão.

No final do curso os estudantes reduziram o tipo de modalidades praticadas e mantiveram algumas das atividades físicas iniciais, como as desenvolvidas em ginásio, o ciclismo e a natação, observando-se um aumento de praticantes. Ressalta a caminhada como a atividade física mais praticada entre os estudantes no 4º ano, sendo aquela em que o número de praticantes aumentou de forma mais expressiva. Evidencia-se ainda o ténis como uma modalidade de atividade física que adquiriu praticantes só no final do curso. Quanto à frequência com que ocorre a prática de atividades físicas mantém-se, com maior expressão, duas ou mais vezes por semana (58,1%) bem como os 60 minutos despendidos em cada sessão (51,5%).

Tabela 1

Modalidades de atividade física praticadas pelos estudantes no início e fim do curso de enfermagem

Uso do tempo livre		1º ano %	4º ano %	
Atividades físicas de lazer	Modalidade	Caminhada	3,9	45,1
		Andebol	0,8	-
		Canoagem	0,8	-
		Ciclismo	3,1	32,2
		Dança	0,8	3,2
		Futebol	7,0	-
		Ginásio	10,1	38,7
		Hipismo	0,8	-
		Natação	5,5	22,5
		Ténis	-	9,6
	Frequência	Diariamente	14,0	9,6
		2x /semana	51,1	58,1
		1x/semana	20,9	19,4
		Às vezes	7,0	12,9
	Tempo por sessão	30 min	-	15,1
45 min		-	21,6	
60 min		60,0	51,5	
120 min		30,0	16,1	
180 min		10,0	-	

No preenchimento do tempo livre, os estudantes privilegiaram a televisão, a leitura e o convívio com os amigos como principais atividades socioculturais de lazer, mantendo-as desde o 1º ano até ao 4º ano, conforme se observa na Tabela 2. Ao inverso do que sucedeu com a prática de atividades físicas, cuja variedade de modalidades reduziu entre os estudantes do 1º para o 4º ano, as atividades socioculturais diversificaram no final do curso: ouvir música, ir ao cinema, conversar ou navegar na internet continuaram a ocupar o tempo livre dos estudantes mas o passear, o convívio com a família, jogar no computador, namorar e ir às compras foram formas de lazer usuais entre os estudantes no 4º ano.

Perante os resultados obtidos não se pode considerar que a nossa amostra de estudantes usasse o seu tempo livre em atividades de lazer ativo. Estes resultados parecem corroborar as evidências de que a transição para o ensino superior conduz a um decréscimo da atividade física dos estudantes e que, simultaneamente, o sedentarismo está a ocupar grande parte do seu tempo livre. Num estudo desenvolvido por Matos et al. (2006) com estudantes do ensino secundário, 92,8% referiu ter prática desportiva regular e 61,2% mencionou a prática de atividade física três vezes ou mais por semana, o que representa o dobro dos estudantes de enfermagem do 1º ano a praticar alguma atividade física. Reforça-se, também, a noção de que ao longo do curso os estudantes não só abandonaram algumas modalidades de atividade física como reduziram o tempo que lhes dispensavam por sessão, privilegiando ainda modalidades de prática individual. Relativamente às atividades de lazer de natureza sociocultural se foram mais diversificadas nos estudantes no final do curso, foram também cada vez mais de cariz sedentário. Parece haver um decréscimo deste tipo de atividades no 1º ano se for tido em conta que ver televisão ou vídeo, utilizar videojogos e a internet, foram dos comportamentos mais referidos na ocupação dos tempos livres pelos adolescentes inquiridos por Matos et al. (2006).

Tabela 2

Modalidades de uso do tempo livre praticadas pelos estudantes no início e fim do curso de enfermagem

Uso do tempo livre		1º ano %	4º ano %
Atividades socioculturais de lazer	Ver televisão	55,2	53,7
	Leitura	45,2	35,8
	Passear	-	26,8
	Jogos no Computador	-	7,4
	Navegar na Internet	14	17,9
	Cinema	15,7	23,8
	Ouvir música	36,8	11,9
	Tocar instrumento musical	-	1,4
	Convívio c/ amigos	38,9	29,8
	Convívio c/ família	-	10,4
	Namorar	-	4,4
	Ir às compras	-	4,4
	Dormir	-	2,9
	Trabalhos manuais	-	2,9
	Fotografia	-	1,4
Participar em projetos	-	4,4	

Resultados semelhantes aos da nossa amostra já tinham sido encontrados por Martins, Arroteia, e Gonçalves (1999), num estudo com estudantes universitários, tendo obtido dados que mostram, por um lado, o número de estudantes universitários que não pratica qualquer atividade física (30,3%) e, por outro lado, a grande dispersão na ocupação dos tempos livres, predominando também nas atividades físicas as modalidades de índole individual (ginástica e natação) e atividades sedentárias, como ver televisão e ouvir música, a ocupar lugar de destaque como formas de lazer. Mais recentemente, Borrego e Ferreira (2013) obtiveram resultados ainda mais significativos, com 60,3% de estudantes universitários a não praticarem qualquer atividade física ou desportiva. De entre os praticantes mantêm-se predominantes as modalidades de manutenção individual.

No entanto, quando se atenta nos interesses manifestados observa-se que há uma apropriação particularizada do lazer passivo e de carácter individual. Marcellino (2006) afirma que nos tempos atuais o lazer passivo surge como inevitável, podendo gerar tanto

prazer como o lazer ativo, tudo depende do tempo livre e da atitude presente nas atividades. A grande maioria do tempo disponível é usufruído dentro de casa, estando relacionado com a televisão, os jogos eletrónicos, os computadores e redes sociais digitais. Esta forma de lazer poupa em energia e parece proporcionar atividades que transmitem prazer e ao mesmo tempo relaxamento, esquecimento das tarefas e stresse da vida quotidiana. Contrariamente às atividades de lazer ativo, não permitem a reformulação da experiência e reforçam comportamentos mecanizados. O ideal seria que os estudantes praticassem atividades que inscritas nos diversos grupos de interesse do lazer, “(...) procurando, dessa forma, exercitar, no tempo disponível, o corpo, a imaginação, o raciocínio, a habilidade manual, o contato com outros costumes e o relacionamento social, quando, onde, com quem e da maneira que quisesse.” (Marcellino, 2006, p. 19).

Da perspetiva da promoção da saúde e para o equilíbrio necessário à qualidade de vida, o lazer ativo é fundamental. Está comprovado que cerca de 30 minutos de atividades físicas moderadas, pelo menos cinco dias por semana, podem fazer com que indivíduos sedentários passem a fazer parte do grupo de pessoas consideradas ativas, diminuindo, assim, o risco de desenvolverem problemas de saúde. Por atividade moderada entenda-se uma atividade que requer três a seis vezes mais energia que em repouso. Pode incluir atividades como andar a pé, dançar, subir escadas, fazer tarefas domésticas, brincar com as crianças, etc. Se equacionarmos as atividades físicas vigorosas, as que requerem sete vezes mais energia que em repouso, recomenda-se a sua prática pelo menos três dias por semana, num mínimo de 60 minutos. São exemplo o *jogging*, a canoagem, andar de bicicleta, a natação, etc. Com efeito, os principais benefícios à saúde advindos da prática de atividade física abrangem aspetos metabólicos, antropométricos, neuromusculares e psicológicos (WHO, 2004).

De acordo com a DGS (2007) entre os efeitos metabólicos são apontados a melhoria do sistema imunitário, o aumento da ventilação pulmonar, a melhoria do metabolismo da glicose, a redução das gorduras e a diminuição da tensão arterial. Em relação aos efeitos antropométricos e neuromusculares, ocorre o controlo do peso corporal, o desenvolvimento da força e da massa muscular, da densidade óssea e da flexibilidade. Na dimensão psicológica, a atividade física atua na melhoria da autoestima, do auto conceito, da imagem corporal, das funções cognitivas e rendimento académico, de socialização, na diminuição do stresse e da ansiedade, na redução dos sintomas de depressão com consequente diminuição do consumo de medicamentos.

Não é possível compreender isoladamente o uso do tempo livre e as escolhas do tipo de lazer, eles influenciam e são influenciados por outras esferas da vida social, numa relação dinâmica. Quando ocorre a hipervalorização unilateral de atividades de lazer há que ter em conta uma série de riscos, como as possibilidades da sua utilização como fuga, fonte de alienação ou de consumos, relacionados com insatisfações ou pressões (Marcellino, 2006; Gomes, 2008). A especificidade formativa da licenciatura em Enfermagem parece

determinante para a distribuição do uso do tempo livre. Entre os nossos estudantes, o tempo livre dedicado ao lazer parece condicionado pela sua conciliação com o estudo e a vertente de prática clínica do curso. Para a maioria destes jovens, *estudantes a tempo inteiro*, o período de formação implica o desenvolvimento de aprendizagens em horários (turnos), que decorrem num contexto geográfico disperso do local de residência, o que poderá dificultar o desenvolvimento de atividades de lazer ativo.

O equilíbrio entre as práticas formativas e o contexto do lazer é fundamental para os estudantes desenvolverem as suas potencialidades e para isso ocorrer, eles precisam de ser educados, necessita-se de uma aprendizagem para o tempo livre e não só para o estudo, para que sejam estimuladas outras formas de raciocínio e de desenvolvimento social (Mauritti, 2002). À ESEnfC, enquanto instituição formadora na área da saúde compete não só desenvolver no estudante competências para promover, junto da população, estilos de vida saudável que incluam a dimensão do lazer mas também estimulá-los junto da sua própria população estudantil.

Estes resultados assumiram-se como um diagnóstico de situação, transformados em indicadores para a implementação futura de intervenções visando a disseminação da educação para o lazer, promotoras de mudanças significativas sobre atitudes e valores a ele referentes. Educar para a (re)orientação na gestão consciente do tempo livre no dia-a-dia, aliando-o ao lazer ativo como meio de distração e relaxamento poderá contribuir para que os estudantes mantenham ou passem a incluir no seu estilo a prática desportiva ou outras atividades que incentivem o comportamento preventivo em saúde e um novo padrão de qualidade de vida. A considerar, também, propostas de flexibilização curricular para ampliar o envolvimento extraescolar de toda a comunidade, compartilhando experiências culturais de lazer dentro do processo de aprendizagem, bem como proporcionar mais oportunidades para a prática de atividades físicas, procurando imprimir melhor nível de qualidade de vida na comunidade estudantil. Conjuguar as duas vertentes de desenvolvimento, pessoal e profissional, envolvendo a comunidade estudantil em processos de cuidar do outro, traduzido em intervenções de proteção, preservação da saúde e melhoria da sua própria qualidade de vida, ainda durante os seus processos de formação em enfermagem, parece ser desafiador no sentido da transformação das intervenções de promoção de estilos de vida saudável nos estudantes da ESEnfC, como parte integrante da sua formação enquanto enfermeiros.

3. Hábitos, estilo de vida e os processos socioculturais

Entre as transições que o estudante de enfermagem vive encontram-se as situacionais, decorrentes da sua inserção noutras comunidades, nomeadamente a académica e a profissional, com processos socioculturais ocasionalmente propiciadores de hábitos e estilos de vida com repercussões na sua saúde.

Esta é uma fase crítica em que as práticas alimentares são influenciadas por estes contextos. Os grupos sociais onde o estudante está inserido propiciam modelos de alimentação que constituem uma autêntica subcultura com as regras implícitas de funcionamento entre pares, podendo conduzir à adoção de regimes alimentares desequilibrados. Os estudantes do ensino superior transportam os seus padrões de alimentação adquiridos durante a adolescência sob influência da família, da escola e dos grupos de pares mas a conciliação dos novos horários e atividades académicas com os outros aspetos da vida pessoal determina novos estilos de vida onde a composição e confeção das refeições assumem novos contornos. De entre os indicadores de saúde dos adolescentes portugueses, os hábitos alimentares revelam-se particularmente preocupantes, com a diminuição do consumo de fruta, vegetais e do pequeno-almoço (Matos et al., 2006). Também o padrão alimentar dos estudantes universitários portugueses não reflete as recomendações relativas aos produtos lácteos, ao peixe, frutas, hortícolas e leguminosas, caracterizando-se pelo consumo predominante de carne, gorduras, cereais, bolachas, *fast food* e açúcar (Martins, 2009). Estes resultados parecem refletir as progressivas alterações no padrão alimentar português: crescente consumo de gorduras saturadas, diminuição do consumo de alimentos ricos em hidratos de carbono complexos e aumento da ingestão de hidratos de carbono simples como o açúcar branco, consumo irregular e insuficiente de produtos hortícolas, aumento do consumo de carne, produtos lácteos gordos, óleos e gorduras hidrogenadas, produtos pré-confeccionados, bebidas alcoólicas, energéticas e açucaradas. Apesar do excessivo consumo de alimentos altamente energéticos mantém-se ainda a ingestão regular de frutas e o uso de azeite como principal gordura (Padrão, Lunet, Santos, & Barros, 2007).

Os estudantes universitários substituem frequentemente as refeições principais, como o almoço e o jantar, realizadas à mesa, por refeições rápidas realizadas em pé. Substituem-se alimentos como a carne, o peixe, ovos, arroz, massa, batata e produtos hortícolas, por sanduíches, hambúrgueres, pizzas, rissóis, folhados, batatas fritas, bolos, entre outros. Para os que necessitam de comer fora de casa o recurso a refeitórios e *self-services* no espaço escolar e/ou a *snack-bars*, pizzerias e hamburguerias nas imediações ou em espaços comerciais, surge como a opção mais acessível. Assiste-se não só a alterações no tipo de dieta mas também nos locais para a toma das refeições (Martins, 2009, Borrego & Ferreira, 2013).

Para a European Food Information Council - EUFIC (2005) a escolha tanto da composição das refeições como do seu tipo de confeção é influenciada por múltiplos fatores, entre os quais as preferências pessoais, a oferta e a disponibilidade alimentar, os preços e propriedades sensoriais dos alimentos, a publicidade, mas também o ambiente e as tradições socioculturais. Os estudantes de enfermagem parecem mais suscetíveis a estes últimos fatores porque necessitam de se sentir identificados quer com a academia e com

os seus rituais, enquanto estudantes do ensino superior, quer com o grupo profissional, enquanto futuros enfermeiros, pelo que tendem a *moldar* as suas práticas e preferências alimentares pela observação do comportamento alimentar destes grupos de referência.

Com base em todos estes pressupostos realizaram-se dois estudos procurando identificar os hábitos alimentares e o estilo de vida da população estudantil do curso de licenciatura e a evolução verificada desde o 1º ano até ao final do seu percurso formativo (4º ano). Selecionaram-se intencionalmente os estudantes matriculados no primeiro e no último semestre do curso, dada a sua equidistância quer aos processos de socialização instituídos (familiar e escolar) e com uma trajetória (geográfica, social e cultural) mais significativa, quer à sua inserção na comunidade escolar e à assunção dos papéis sociais de jovens adultos e futuros enfermeiros.

Efetuuou-se um primeiro estudo descritivo para conhecer os hábitos alimentares da população estudantil (Amado et al., 2009). As amostras intencionais foram constituídas por 128 estudantes que frequentaram o 1º ano no ano letivo de 2004/2005, e pelos mesmos estudantes (88) no ano letivo de 2007/2008 quando estavam a frequentar o 4º ano e último ano do curso de licenciatura, utilizando-se o mesmo questionário (amostras não emparelhadas). Consultando a Figura 1, observa-se que o número de refeições diárias dos estudantes aumentou do 1º para o 4º ano. No 1º ano, os estudantes tomaram as suas refeições preferencialmente em casa, no refeitório e bar da escola. No 4º ano a preferência pelos locais da escola diminuiu e surgiram outros locais.

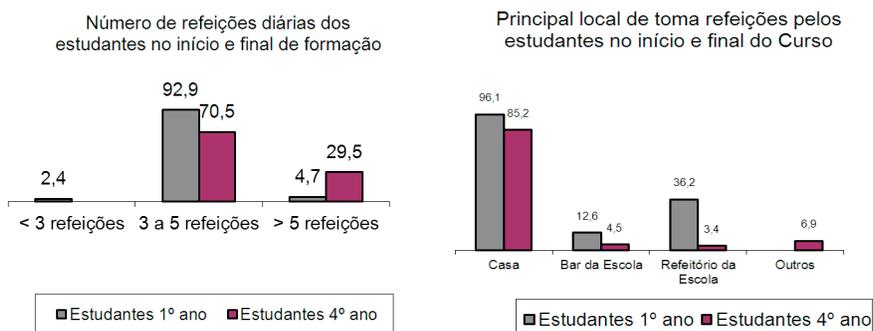


Figura 1. Local de refeição e número de refeições diárias praticadas pelos estudantes no início e fim do curso de enfermagem.

Relativamente ao tipo de alimentos com maior consumo registou-se a preferência pelos alimentos considerados saudáveis com exceção do café, conforme se pode comprovar pela leitura da Figura 2. O consumo diário de leite pelos estudantes parece não sofrer

alteração no início e final do curso. Os estudantes no 1º ano consumiram, diariamente, mais fruta e leguminosas enquanto no 4º ano ingeriram diariamente mais pão e vegetais. No início e no final do curso as preferências de estudantes pelo tipo de alimentos saudáveis para consumo diário e semanal foram idênticas, com a fruta (1º ano, 85,9%; 4º ano, 73,9%) e os vegetais (1º ano, 57,8%; 4º ano, 68,2%) nas escolhas diárias e as leguminosas (1º ano, 40,6%; 4º ano, 51,1%) nas semanais.

No que se refere aos alimentos menos saudáveis observou-se um maior consumo diário pelos estudantes no 4º ano, com exceção do hamburger. Contudo, nos dois momentos, os estudantes incluíram o hamburger na sua alimentação pelo menos uma vez durante a semana (1º ano, 24,2%; 4º ano, 17,0%). Também a preferência dos estudantes para ingestão diária de alimentos menos saudáveis é idêntica no 1º e no 4º ano, recaindo nos doces (9,4% - 12,5%) e pré-cozinhados (7,8% - 9,1%). Já no consumo semanal, os estudantes no 4º ano mantiveram os doces (63,6%) mas no 1º ano foram as batatas fritas as mais ingeridas (72,7%).

Foi também no 4º ano que os estudantes consumiram diariamente mais refrigerantes e café.

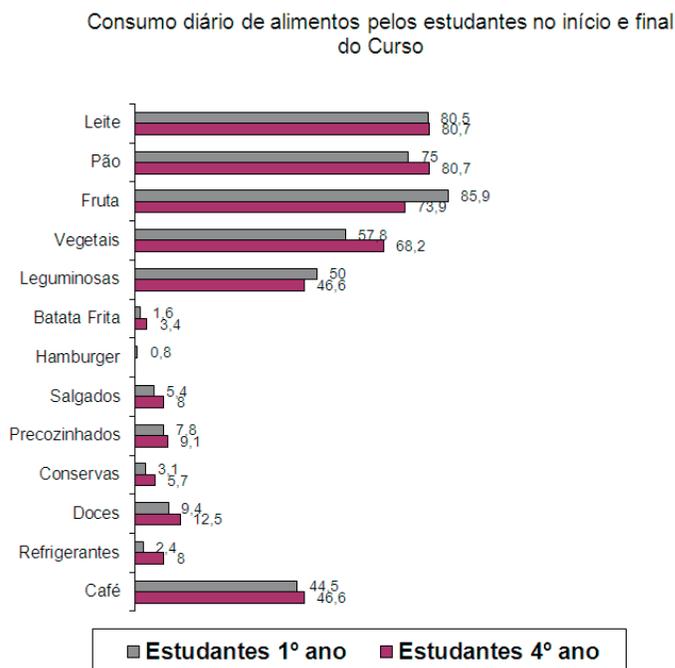


Figura 2. Consumo diário de alimentos praticados pelos estudantes no início e fim do curso de enfermagem.

Estes resultados colocaram em evidência o aumento do consumo de alimentos menos saudáveis, como os salgados, conservas e pré-cozinhados, do 1º ano para o 4º ano, sugerindo que as alterações nos hábitos alimentares dos estudantes pode estar aliado ao consumo excessivo do tipo *fast-food*, tendo como consequência uma dieta excessivamente rica em gordura durante o curso. Estes hábitos alimentares podem surgir em consequência da carga horária das atividades académicas que induzem na procura de locais onde a alimentação é prontamente utilizável, de sabor convidativo e que sacia rapidamente o apetite, especialmente quando acompanhada por refrigerantes (Padrão et al., 2007). A considerar também o *marketing* desenvolvido em torno da alimentação *fast-food* que tem passado a mensagem de uma alimentação *cool* (Martins, 2009). Por outro lado, há também que ponderar outros fatores como o afastamento da família, a independência e o aumento da participação na vida social, que dificulta a preparação e o planeamento das refeições predispondo à alteração dos hábitos alimentares.

Realizou-se um outro estudo comparativo transversal com o objetivo de comparar estilos de vida dos estudantes matriculados no primeiro e último semestre do curso, no ano letivo de 2007/2008 (Neves et al., 2009). As duas amostras intencionais foram constituídas por 243 estudantes do 1º ano e 88 do 4º ano (não emparelhadas). Compararam-se os hábitos alimentares e tabágicos, o uso habitual de medicamentos e a prática de atividade física ou desportiva, que se correlacionaram com o género, o local de residência e a condição como bolseiros. Inicialmente, realizou-se uma análise exploratória univariada para observar a distribuição de frequências e para a análise de associação entre variáveis foi utilizado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, considerando-se os resultados estatisticamente significativos para um valor de $p < 0,05$.

Em ambas as amostras ressaltou-se a predominância de estudantes do género feminino, deslocados da sua habitação e ambiente familiar, usufruindo de bolsa de estudo monetária, conforme se comprova pela leitura da Tabela 3. Em qualquer das dimensões da condição sociodemográfica verificou-se diferença estatisticamente significativa.

Tabela 3

Condição sociodemográfica dos estudantes no início e fim do curso de enfermagem, segundo o ano de curso que frequentam

Condição socio demográfica	1º ano (N=243)		4º ano (N=88)		P
	nº	%	nº	%	
Género					
Feminino	205	84,4	74	84,1	0,952
Masculino	38	15,6	14	15,9	
Residência em período letivo					
Co-habitação com familiares	106	43,6	36	40,9	0,660
Deslocados da habitação familiar	137	56,4	52	59,1	
Bolsa de estudo					
Sim	146	60,1	46	52,3	0,203
Não	97	39,9	42	47,7	

Ao compararem-se hábitos por grupo observaram-se algumas diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes que frequentavam o 1º ano e os do 4º ano, conforme se pode observar na Tabela 4. Nos hábitos alimentares diários, no que se refere ao consumo de alimentos hipercalóricos, os estudantes do 1º ano consumiam mais doces ($p=,000$) e os do 4º ano alimentos pré-cozinhados e salgados ($p=,002$). O número de refeições diárias foi mais elevado no final do curso, fazendo os estudantes do 4º ano mais de três refeições por dia ($p=,000$) e preferencialmente em casa ($p=,000$). A ingestão diária de café quase duplicou no 4º ano ($p=,000$) e os hábitos tabágicos foram mais acentuados embora a diferença não seja estatisticamente significativa. Contrariando esta tendência no aumento de consumos no final do curso estão os medicamentos, mais consumidos no 1º ano ($p=,001$).

Tabela 4

Hábitos dos estudantes no início e fim do curso de enfermagem, segundo o ano de curso que frequentam

Hábitos	1º ano (N=243)			4º ano (N=88)			P
	N	nº	%	N	nº	%	
Consumo diário de alimentos	231			84			
Hipercalóricos							
Batata frita		6	2,5		2	2,3	
Doces		37	16,0		3	3,5	0,000
Hambúrguer		13	5,6		1	1,1	
Refrigerantes		41	17,7		7	8,3	
Conservas		7	3,0		5	5,9	
Precozinhados		20	8,6		18	21,4	0,002
Salgados		7	3,0		7	8,3	
Normocalóricos							
Fruta		190	82,2		65	77,3	
Leguminosas		117	50,6		46	54,7	0,432
LeiteW		207	89,6		72	85,7	
Vegetais		155	67,0		60	71,4	
Número de refeições diárias	243			88			0,000
≤ a 3 refeições		171	70,4		4	4,5	
> a 3 refeições		72	29,6		84	95,5	
Local de toma de refeições	243			88			0,000
Casa e/ou refeitório		104	42,8		78	88,6	
Bar, café e/ou refeitório		139	57,2		10	11,4	
Consumo de café	235			64			0,000
Diariamente		84	35,7		41	64,1	
Semanalmente		55	23,4		21	32,8	
Ocasionalmente		96	40,9		2	3,1	
Consumo de Tabaco	241			88			0,062
Sim		19	7,9		13	14,8	
Não		222	92,1		75	85,2	
Consumo de Medicamentos	243			88			0,001
Sim		89	36,6		15	17,0	
Não		154	63,4		73	83,0	
Prática desportiva	243			84			0,975
Sim		95	39,1		33	39,3	
Não		148	60,9		51	60,7	

Quando se compararam os estilos de vida por género constataram-se diferenças estatisticamente significativas nos hábitos alimentares diários, nos hábitos tabágicos, no consumo de medicamentos e na prática desportiva, conforme se comprova pela leitura da

tabela abaixo. Os rapazes consumiam mais salgados ($p=,000$), fumavam mais ($p=,044$) e praticavam mais desporto ($p=,005$). As raparigas eram maiores consumidoras de fruta ($p=,045$) e de medicamentos ($p=,000$)

Tabela 5

Hábitos dos estudantes no início e fim do curso de enfermagem, segundo o género

Hábitos	Masculino (N=52)			Feminino (N=279)			P
	nº	diariamente nº	%	nº	diariamente nº	%	
Consumo de alimentos							
Hipercalóricos							
Batata frita	48	2	4,2	231	6	2,6	0,699
Doces	51	11	21,6	233	29	12,4	0,168
Hambúrguer	44	4	9,1	223	10	4,5	0,089
Refrigerantes	44	10	22,7	228	38	16,7	0,306
Conservas	44	2	4,5	230	10	4,3	0,635
Precozinhos	48	6	12,5	226	32	14,2	0,858
Salgados	46	8	17,4	234	6	2,6	0,000
Normocalóricos							
Fruta	52	35	67,3	277	220	79,4	0,045
Leguminosas	49	26	53,1	271	137	50,6	0,244
Leite	52	45	86,5	271	234	86,3	0,346
Vegetais	51	31	60,8	272	184	67,6	0,208
Número de refeições/dia							
≤ a 3 refeições	52	26	50,0	279	149	53,4	0,652
> a 3 refeições		26	50,0		130	46,6	
Local de toma de refeições							
Casa e/ou refeitório	52	26	50,0	279	156	55,9	0,431
Bar, café e/ou refeitório		26	50,0		123	44,1	
Consumo de café							
Diariamente	47	19	40,4	252	106	42,1	0,497
Semanalmente		15	31,9		61	24,2	
Ocasionalmente		13	27,7		85	33,7	
Consumo de Tabaco							
Sim	52	9	17,3	277	23	8,3	0,044
Não		43	82,7		254	91,7	
Consumo de Medicamentos							
Sim	52	5	9,6	279	99	35,5	0,000
Não		47	90,4		180	64,5	
Prática desportiva							
Sim	51	29	56,9	276	99	35,9	0,005
Não		22	43,1		177	64,1	

Consultando a Tabela 6 observam-se diferenças estatísticas significativas no número de refeições diárias e no local onde são realizadas, entre os estudantes que residiam com familiares ou que estavam deslocados da residência familiar. Os estudantes distanciados da habitação familiar tendiam a fazer três ou menos refeições por dia ($p=,043$) preferencialmente em casa e/ou nos refeitórios da escola e das instituições onde efetuavam a prática clínica ($p=,002$). Embora sem significado estatístico, registou-se uma tendência a um maior consumo de doces pelos estudantes que residiam com familiares e de hambúrguer pelos que estavam afastados da residência familiar.

Tabela 6

Hábitos dos estudantes no início e fim do curso de enfermagem, segundo a co-habitação com familiares

Hábitos	Co-habitação com familiares (N=142)			Deslocados da habitação familiar (N=189)			P
	nº	diariamente nº	%	nº	diariamente nº	%	
Consumo de alimentos							
Hipercalóricos							
Batata frita	121	5	4,1	158	3	1,9	0,432
Doces	123	23	18,7	161	17	10,6	0,086
Hambúrguer	118	4	3,5	154	10	6,5	0,079
Refrigerantes	114	21	18,4	158	27	17,1	0,221
Conservas	109	3	2,8	165	9	5,5	0,428
Precozinhos	109	12	11,0	165	26	15,8	0,536
Salgados	120	7	5,8	160	7	4,4	0,116
Normocalóricos							
Fruta	142	109	76,8	187	146	78,1	0,914
Leguminosas	136	72	52,9	184	91	49,5	0,679
Leite	138	117	84,8	185	162	87,6	0,669
Vegetais	138	96	69,6	185	119	64,3	0,437
Número de refeições/dia							
≤ a 3 refeições	142	66	46,5	189	109	57,7	0,043
> a 3 refeições		76	53,5		80	42,3	
Local de toma de refeições							
Casa e/ou refeitório	142	64	45,1	189	118	62,4	0,002
Bar, café e/ou refeitório		78	54,9		71	37,6	
Consumo de café							
Diariamente		53	42,4		72	41,4	
Semanalmente	125	33	26,4	174	43	24,7	0,877
Ocasionalmente		39	31,2		59	33,9	

Consumo de Tabaco							
Sim	141	12	8,5	188	20	10,6	0,519
Não		129	91,5		168	89,4	
Consumo de Medicamentos							
Sim	142	44	31,0	189	60	31,7	0,883
Não		98	69,0		129	68,3	
Prática desportiva							
Sim	142	58	40,8	185	70	37,8	0,581
Não		84	59,2		115	62,2	

A comparação dos estilos de vida dos estudantes segundo a sua condição de bolseiros evidenciou diferenças estatisticamente significativas ao nível dos consumos de hambúrguer ($p=,011$) e de tabaco ($p=,001$), mais acentuados entre os não bolseiros (cfr. Tabela 7).

Tabela 7

Hábitos dos estudantes no início e fim do curso de enfermagem, segundo a condição de bolseiro

Hábitos	Bolsheiro (N=192)			Não bolsheiro (N=139)			P
	nº	diariamente nº	%	nº	diariamente nº	%	
Consumo de alimentos							
Hipercalóricos							
Batata frita	164	5	3,0	115	3	2,6	0,142
Doces	169	21	12,4	115	19	16,5	0,569
Hambúrguer	159	3	1,9	108	11	10,2	0,011
Refrigerantes	160	31	19,4	112	17	15,2	0,627
Conservas	158	9	5,7	115	3	2,6	0,268
Precozinhos	169	25	14,8	105	13	12,4	0,810
Salgados	165	7	4,2	115	7	6,1	0,316
Normocalóricos							
Fruta	191	148	77,5	138	107	77,5	0,855
Leguminosas	187	97	51,9	133	66	49,6	0,654
Leite	187	157	84,0	136	122	89,7	0,229
Vegetais	188	127	67,6	135	88	65,2	0,679
Número de refeições/dia							
≤ a 3 refeições	192	105	54,7	139	70	50,4	0,436
> a 3 refeições		87	45,3		69	49,6	
Local de toma de refeições							
Casa e/ou refeitório	192	99	51,6	139	83	59,7	0,141
Bar, café e/ou refeitório		93	48,4		56	40,3	

Consumo de café							
Diariamente	173	67	38,7	126	58	46,0	0,448
Semanalmente		46	26,6		30	23,8	
Ocasionalmente		60	34,7		38	30,2	
Consumo de Tabaco							
Sim	191	10	5,2	138	22	15,9	0,001
Não		181	94,8		116	84,1	
Consumo de Medicamentos							
Sim	192	61	31,8	139	43	30,9	0,872
Não		131	68,2		96	69,1	
Prática desportiva							
Sim	190	77	40,5	137	51	37,2	0,546
Não		113	59,5		86	62,8	

Os resultados obtidos são similares aos de outros estudos contemporâneos com estudantes portugueses do ensino superior. No estudo de Borrego e Ferreira (2013), almoçar em casa e na cantina constituíram os locais privilegiados de consumo alimentar dos estudantes. Os que vivem com a família de origem tendem a assinalar o consumo mais frequente de sopa, lacticínios, legumes e saladas. Também Martins (2009) constatou que as raparigas realizavam maior número de refeições do que os rapazes, omitindo estes com maior frequência o pequeno-almoço, e que os estudantes que viviam com amigos consumiam com maior frequência conservas de peixe, pão branco, maionese, rissóis, croquetes e bolos de bacalhau.

Globalmente, os estilos de vida dos estudantes deste estudo não apresentaram diferenças significativas entre o início e o final do curso. Contudo, alguns hábitos menos saudáveis, como o consumo diário de alguns alimentos hipercalóricos, de café e de tabaco acentuaram-se no 4º ano. Esperava-se que os hábitos saudáveis, favoráveis à promoção de saúde, fossem mais prevalentes entre os estudantes finalistas de um curso na área de saúde. Resultados semelhantes foram encontrados por Franca e Colares (2008) num estudo efetuado com estudantes universitários brasileiros da área da saúde, bem como por Dias et al. (2001) que estudaram comportamentos de saúde em estudantes portugueses que frequentam licenciaturas no âmbito das ciências da saúde, o que sugere assim, a ineficácia da aprendizagem das ciências da saúde na mudança de hábitos de saúde pessoais, ao longo dos anos de formação.

Neste estudo, os estilos de vida dos estudantes de enfermagem parecem condicionados pelo contexto situacional: afastamento dos recursos familiares imediatos, elevada carga horária do curso e predominância de formação clínica por turnos no 4º ano, dificultam a preparação e planeamento das refeições, predispõem a hábitos compensatórios, num período de formação vivenciado num tempo e espaço separados das outras esferas da

vida social quer pelos horários (rotatividade de turnos diurnos e noturnos) quer pela dispersão geográfica de locais de prática clínica. Pode-se também encontrar explicações no facto de se começarem a estabelecer relações no contexto da profissão, convivialidade endoprofissional, incutindo nos estudantes hábitos muitas vezes diferentes dos que possuíam, como o consumo de café para manter o estado de vigília e o fumar como forma de aliviar o stresse. Estes podem ser fatores sociais e ambientais com influência sobre os estilos de vida dos estudantes, independentemente da sua área de formação científica.

Podemos admitir que a transição do contexto académico escolarizado para o contexto académico de prática clínica em instituições de saúde (hospitais e centros de saúde) parece constituir um fator de risco para a adoção de hábitos de saúde menos saudáveis nos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem da ESEnfC.

Referências bibliográficas

- Almeida, L., Soares, A., & Ferreira, A. (2000). Transição e adaptação à universidade: Apresentação de um questionário de vivências académicas (QVA). *Psicologia, 14*(2), 189-207.
- Amado, R., Melo, R., Pedroso, R., Freitas, H., Carrageta, C., Neves, . . . Brito, I. (2009, abril). *Hábitos alimentares: estudo com estudantes de Enfermagem*. Apresentado no evento 1º congresso de saúde e comportamento dos países de língua portuguesa, Braga - Portugal.
- Andrade, J. (2001). *Lazer: Princípios, tipos e formas na vida e no trabalho*. São Paulo, Brasil: Autêntica Editora.
- Borrego, R., & Ferreira, V. (coord.). (2013). *Estudo sobre os consumos e estilos de vida dos estudantes do ensino superior*. Recuperado de http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2013/Resultados_Estudo-Consumos-Estilos-Vida-Ensino-Superior.pdf
- Claes, M. (1990) – *Os problemas da adolescência*. Lisboa, Portugal: Verbo.
- Dias, M., Costa, A., Manuel, P., Neves, A., Geada, M., & Justo, J. (2001). Comportamentos de saúde em estudantes que frequentam licenciaturas no âmbito das ciências da saúde. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 3*(2), 201-220.
- Direção Geral de Saúde. (2004). *Programa nacional de intervenção integrada sobre determinantes de saúde relacionados com os estilos de vida*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de http://static.publico.pt/docs/pesoemedia/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2007). *Atividade física e o desporto: Um meio para melhorar a saúde e o bem-estar*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-atividade-fisica-e-o-desporto-um-meio-para-melhorar-a-saude-e-o-bem-estar.aspx>
- European Food Information Council. (2005). *The Determinants of food choice*. Retrieved from <http://www.eufic.org/article/en/expid/review-food-choice/>

- Ferreira, A., & Ferreira J. (2000). A adolescência e o grupo de pares. In M. Medeiros, *Adolescência: Abordagens, investigações e contextos de desenvolvimento* (pp. 198-209). Lisboa, Portugal: Direção Regional de Educação.
- Franca, C., & Colares, V. (2008). Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 420-427.
- Freitas, H., Neves, M., Pedroso, R., Lopes, R., Melo, R., Brito, I., Amado, R. & Carrageta, M. (2009). Lazer e qualidade de vida em estudantes do Ensino Superior. *Revista de Psicologia/Internacional & Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 556-562.
- Gomes, C. (2004). *Dicionário crítico do lazer*. São Paulo, Brasil: Autêntica Editora.
- Gomes, C. (2008). *Lazer, trabalho e educação: Relações históricas, questões contemporâneas* (2ª ed.). Belo Horizonte, Brasil: UFMG.
- Kralik, D., Visentin, K., & Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 320 - 329.
- Marcellino, N. (2006). *Estudos do Lazer: Uma introdução* (4ª ed.). Campinas, Brasil: Autores Associados.
- Martins, A., Arroiteia, J., & Gonçalves, M. (1999). *Práticas socioculturais e escolares dos estudantes universitários: Estudo de caso*. Aveiro, Portugal: Universidade de Aveiro.
- Martins, M. (2009). Hábitos alimentares de estudantes universitários. Porto, Portugal: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Recuperado de http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54753/2/132680_09112TCD112.pdf
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Silva, M., Gaspar, T., & Diniz, J. (2006). *Indicadores de saúde dos adolescentes portugueses*. Recuperado de [http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Indicadores de Saude.pdf](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Indicadores%20de%20Saude.pdf)
- Mauritti, R. (2002). Padrões de vida dos estudantes universitários nos processos de transição para a vida adulta. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 39, 85-116. Recuperado de <https://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/327/1/n39a05.pdf>
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger-Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Minayo, M., Hartz, Z. & Buss, P. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>
- Neves, M., Brito, I., Carrageta, M., Pedroso, R., Lopes, R., Melo, . . . Amado, R. (2009). Transições e contextos: Explicando os estilos de vida dos estudantes da ESEnFC. *Revista de Psicologia/Internacional & Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(3), 549 - 556. Recuperado de <http://www.eufic.org/article/en/page/RARCHIVE/expid/review-food-choice/>
- Padrão, P., Lunet, N., Santos, A., & Barros, H. (2007). Smoking, alcohol, and dietary choices: Evidence from the Portuguese National Health Survey. *BMC Public Health*, 7, 138. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/138>

- Pinheiro, M. (2004). O desenvolvimento da transição para o Ensino Superior: O princípio depois de um fim. *Revista Aprender*, 29, 9 - 20.
- Rodrigues, W. (1992). Urbanidade e novos estilos de vida. *Sociologia: Problemas e Práticas*, 12, 91-107.
- Sprinthal, N. & Collins, W. (1999). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- World Health Organization. (1998). *Promoción de la salud: glosario*. Tomado de http://whqlibdoc.who.int/hq/1988/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
- World Health Organization. (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Retrieved from http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
- World Leisure and Recreation Association. (1993). *Carta internacional de educação para o lazer*. Recuperado de http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=195

CAPÍTULO VI

O USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS NOS ESTUDANTES DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA (ESENFC)

ROSA CRISTINA LOPES

ROSA MELO

HELENA FREITAS

IRMA BRITO

Introdução

Os jovens estudantes do ensino superior constituem um grupo que apresenta riscos acrescidos, pois são alvo de um processo de autonomização e aceitação de uma nova identidade, podendo implicar uma redução nos mecanismos de controlo social e familiar, tornando-os deste modo, mais expostos a novos processos de interação social e consequentemente vulneráveis a novos comportamentos de risco (consumo de álcool, tabaco, drogas e medicamentos; Melo et al., 2008).

Os comportamentos de consumo de substâncias psicoativas nos estudantes do Ensino Superior têm sido preocupação crescente devido aos excessos que se verificam, especialmente nas festas académicas, tornando-se premente identificar comportamentos de risco no sentido de se implementarem intervenções para reduzir esses comportamentos e danos subsequentes. Contudo, essas intervenções devem ser integradas e intersectoriais e ter um papel proativo, assegurando as parcerias e catalisando o envolvimento dos vários setores da sociedade e a participação da comunidade (Lopes et al., 2008; Freitas et al., 2008).

Brito (2008) refere que é fundamental perceber e definir que tipo de abordagem se pretende fazer e qual o foco de intervenção: o problema de saúde ou os contextos problemáticos. Se as prioridades forem definidas em termos de contextos problemáticos, como as características dos grupos-alvo são comuns (estilos de vida, crenças e conhecimentos), a atuação será integrada, flexível e adequada às necessidades de cada contexto. Esta abordagem pode resultar em melhor articulação no desenvolvimento das

intervenções, gastos rentabilizados e participados (mobilização e partilha de estruturas e equipamentos), coerência e continuidade na Educação para a Saúde, promoção do potencial dos educadores locais (chefias, professores, pares), e permite a colaboração e participação das entidades locais e comunitárias, especialmente no que se refere à alocação de recursos. As principais etapas de qualquer modelo de planeamento de promoção da saúde são compreender e comprometer; avaliar as necessidades; estabelecer metas e objetivos; desenvolver a intervenção; implementar a intervenção; e avaliar os resultados (McKenzie, Pinger, & Kotecki, 2002).

Este estudo tem como objetivo identificar os comportamentos de risco predominantes nos estudantes do 1º ano da ESEnFC nos anos letivos 2004/2005 e 2007/2008.

Metodologia

Estudo descritivo, transversal com duas amostras intencionais: 128 estudantes do 1º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) no ano letivo 2004/2005 e 243 estudantes do 1º ano no ano letivo 2007/2008.

Para a colheita de informação, utilizou-se um questionário autopreenchido para avaliar os comportamentos de consumo de álcool, tabaco, drogas ilícitas e medicamentos. Procedemos à sua aplicação aos estudantes, em sala de aula, durante a primeira semana do início dos anos letivos de 2004/2005 e 2007/2008, após explicitação dos objetivos do estudo e obtenção do consentimento informado.

No ano letivo 2004/2005, a população alvo foi constituída por 192 estudantes e a amostra foi de 128 (66,66%) estudantes (adiante designada como primeira amostra), com idades compreendidas entre 17 e 25 anos (média 18,5 anos).

No ano letivo 2007/2008, a população alvo foi constituída por 327 estudantes e a amostra foi de 243 (74,31%) estudantes (adiante designada como segunda amostra), com idades compreendidas entre 17 e 39 anos (média 19,5 anos).

Constituíram-se como critérios de inclusão a presença no momento da aplicação do questionário, a aceitação em colaborar no estudo e estar matriculados no 1º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem nos anos letivos de 2004/2005 e de 2007/2008 na ESEnFC.

Efetou-se a análise estatística recorrendo ao *software* de tratamento estatístico de dados *Statistical Psychologic and Society Science* (SPSS), versão 14,0. Na estatística descritiva, utilizaram-se as medidas de tendência central e medidas de dispersão.

Resultados

Quanto ao consumo de álcool, na primeira amostra verificámos que 91,4% (117) dos estudantes referem já ter experimentado bebidas alcoólicas, em 38,9% a cerveja é a bebida da primeira experiência, seguida das bebidas destiladas (25,7%), do vinho (17,7%), dos *shots* (13,3%), dos *alcopops* (3,5%) e dos *cocktails* (0,9%).

Aquando da colheita de dados (Figura 1), 52% (64) dos participantes consomem álcool, nomeadamente bebidas destiladas (58,7%), cerveja (48,8%), *shots* (17,5%), *alcopops* (12,7%) e vinho (11,3%).

Na segunda amostra, verificámos que 94,6% dos estudantes referem já ter experimentado bebidas alcoólicas, sendo a cerveja (43,5%) a bebida mais utilizada na primeira experiência, seguida dos *shots* e do vinho (14,8%), dos *cocktails* (10,9%), das bebidas destiladas (10,0%) e por último os *alcopops* (1,7%).

No momento da colheita de dados (Figura 1), 62,1% (151) dos participantes assumem consumir álcool, evidenciando-se um maior consumo de cerveja (59,6%) e *shots* (47,7%), seguido das destiladas (35,1%), *cocktails* (31,1%) e vinho (29,8%).

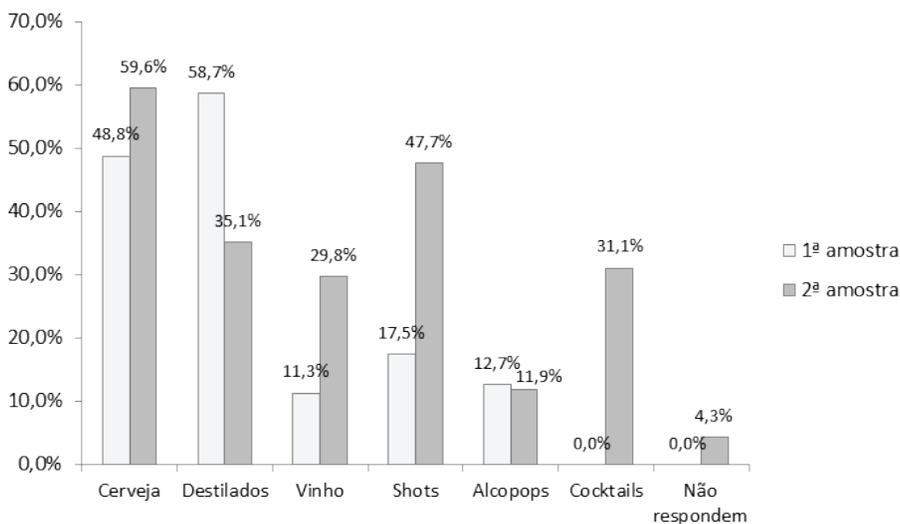


Figura 1. Distribuição das amostras de acordo com o consumo atual de bebidas alcoólicas.

Inquiridos sobre a idade do primeiro contacto com o álcool, 74,8% (86) dos estudantes da primeira amostra referem que foi na faixa etária dos 14-17 anos e 17,4% (20) na faixa etária dos 6-13 anos.

Na segunda amostra, a idade do primeiro contacto foi em 8,3% (19) antes dos 13 anos, em 81,3% (187) entre os 14-17 anos e 10,4% (24) com mais de 18 anos.

Quanto aos locais de consumo de bebidas alcoólicas (Figura 2), na primeira amostra o consumo de bebidas alcoólicas ocorre preferencialmente em bares (65,4%), discotecas (43,8%), na casa dos pais (12,5%), na casa dos amigos (11,3%) e em outros locais (5,1%). Na segunda amostra, constatámos que os dois primeiros lugares se mantêm inalterados e que o consumo em casa dos pais e em casa dos amigos apresentou um aumento considerável, ou seja, o consumo de bebidas alcoólicas ocorreu preferencialmente em bares (64,2%) e discotecas (62,9%), em casa dos amigos (31,8%), em casa dos pais (21,8%) e em outros locais (9,3%).

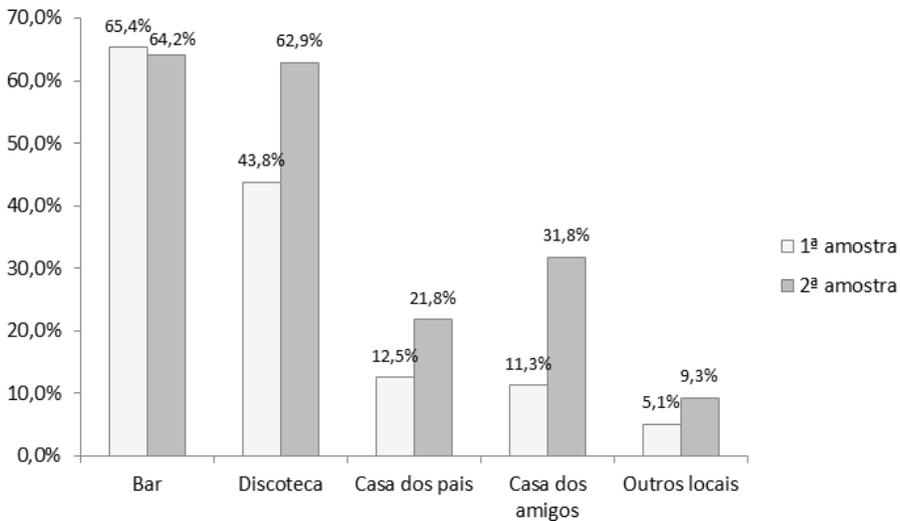


Figura 2. Distribuição das amostras de acordo com os locais de consumo de bebidas alcoólicas.

Em relação aos dias de consumo de bebidas alcoólicas, a grande maioria (74,7%) dos estudantes da primeira amostra refere o fim de semana como preferência para o consumo de álcool e 9,1% dos estudantes referem consumos ao longo da semana. Também na segunda amostra, verificámos que este ocorre preferencialmente ao sábado

(73,5%), à sexta-feira (33,7%) e à quinta-feira (15,9%), dias fortemente associados às saídas de fim de semana ou aos convívios e festas académicas.

Quanto ao consumo de tabaco, constatámos que 82,0% dos estudantes da primeira amostra não fuma, enquanto 18,0% são fumadores. Valores mais saudáveis são encontrados na segunda amostra onde 91,6% dos estudantes são não-fumadores e 8,4% são fumadores (Figura 3).

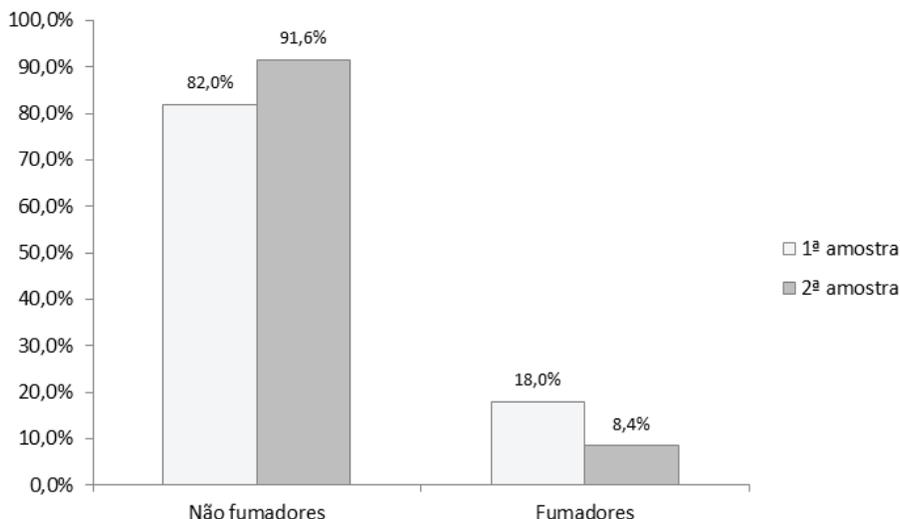


Figura 3. Distribuição das amostras de acordo com o consumo atual de tabaco.

Dos estudantes da primeira amostra que fumam, 3,1% (4) fazem-no semanalmente e 14,1% (19) diariamente, sendo que, deste último grupo, quase metade fuma 10 a 18 cigarros por dia. Já na segunda amostra, os estudantes fumadores fazem-no diariamente, sendo que 50,0% consome até cinco cigarros por dia, 22,2% consome de 5 a 10 e 27,8% refere consumir um maço de tabaco diário.

Relativamente ao consumo de drogas ilícitas (Figura 4), verificámos que a grande maioria (87,5%) dos estudantes da primeira amostra nunca consumiu drogas e que 12,5% (16) dos participantes já as experimentaram. Na segunda amostra, a percentagem de indivíduos que já experimentaram de substâncias ilícitas reduziu para 7,4% (18).

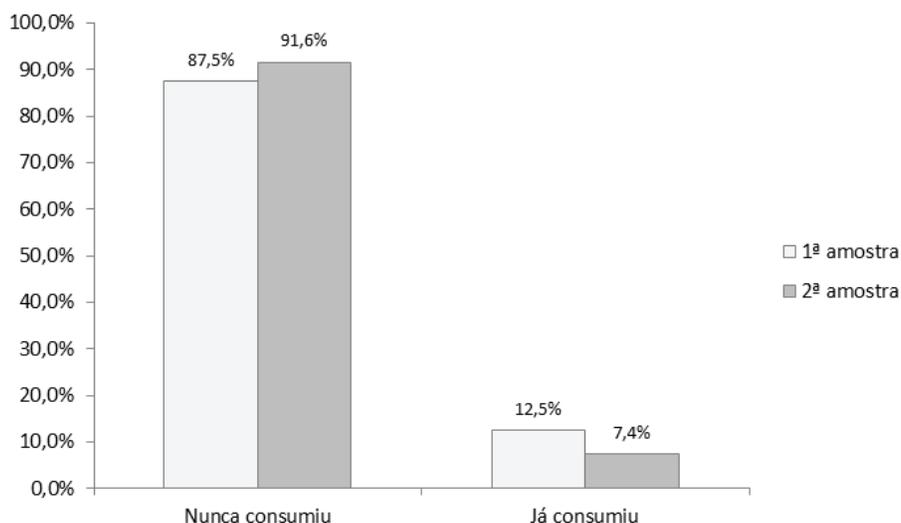


Figura 4. Distribuição das amostras de acordo com o consumo de drogas ilícitas.

Dos estudantes da primeira amostra que experimentaram drogas ilícitas, 56,2% (9) fizeram-no entre os 15 e os 17 anos, sendo o haxixe/ervas a substância mais referida na primeira experiência (81,2%).

Aquando da colheita de dados, 98,4% (126) dos estudantes referiram não consumir drogas ilícitas no momento e 1,6% (2) não respondeu.

No ano letivo de 2007/2008 (segunda amostra), dos estudantes do 1º ano que experimentaram drogas ilícitas, 22,2% realizou a primeira experiência entre os 13 e 14 anos, 61,1% (11) entre os 15 e os 17 anos e 16,7% em idade igual ou superior a 18 anos.

Aquando da colheita de dados, mantêm o referido consumo 1,6% (4) e 98,4% (239) referem não consumir drogas no momento da recolha de dados.

Discussão

No que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas, estes resultados são consonantes com os dos Inquéritos Nacionais de Saúde realizados em 1996 e 1999, referidos no Plano Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2004), relativamente ao aumento de consumidores jovens e do género feminino (duas das características da nossa amostra) e do elevado consumo de cerveja, *shots* e bebidas destiladas.

No entanto, divergem dos resultados apresentados nos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1996 e 1999 (Graça & Dias, 2001), cuja média de idade do primeiro contacto foi de 11 anos (8-15) e dos apresentados no estudo de Breda (2000) em que a média de idades se situou nos 12 anos de idade.

Já relativamente aos locais de consumo de bebidas alcoólicas, estes resultados são consonantes com os estudos desenvolvidos por Breda (2000).

Relativamente ao consumo de tabaco, estes resultados vão ao encontro, em termos globais, do que é espectável para a população de Portugal Continental, considerando que 20% dos indivíduos com mais de 10 anos são fumadores (Nunes, 2002). Também o estudo realizado por Matos, Simões, Carvalhosa, Reis, e Canha (2003) com jovens adolescentes revela resultados consonantes, dado que 81,7% dessa amostra é considerada não-fumadora.

Quando comparados com o estudo da rede europeia HBSC/OMS (*Health Behaviours in School Aged Children*/Organização Mundial de Saúde) realizado por Matos, Simões, Carvalhosa, Reis, e Canha (2000) onde 6,9% dos adolescentes fumam diariamente e 6,3% fuma semanalmente, constatamos que, na nossa amostra, o número de estudantes que fuma semanalmente é menor, mas que simultaneamente se verifica um aumento significativo nos consumidores diários de tabaco.

Também os resultados apresentados no *World Health Report* (World Health Organization [WHO], 2002) apontam o consumo de tabaco como a principal causa isolada de peso da doença (12,2%). Em Portugal, tem vindo a diminuir, situando-se em 19,5% a prevalência de fumadores na população com mais de 15 anos (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA], 2001), sendo o género masculino o principal responsável por esta diminuição (com exceção do grupo etário dos 35-44 anos, onde se regista um aumento da prevalência de fumadores). Está, contudo, a aumentar o consumo de tabaco no género feminino de forma preocupante. A legislação aplicada recentemente em Portugal visa a proteção dos não-fumadores. No entanto, os preços praticados em relação aos produtos tabágicos encontram-se em níveis que ainda não representam um desincentivo ao seu consumo, nomeadamente, quando comparados com o poder de compra médio do cidadão português.

Os achados relativos ao consumo de drogas ilícitas revelam que apenas 12,5% dos estudantes da primeira amostra e 7,4% da segunda amostra já consumiu drogas, resultados mais animadores do que os do *European School, Survey Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD), realizado em Portugal por Feijão e Lavado (2004), onde 18% dos estudantes com idade superior a 16 anos já experimentaram drogas.

Também no que se refere à idade e substância consumida na primeira experiência de consumo, estes resultados são consonantes com os resultados encontrados no ESPAD

(Feijão & Lavado, 2004) relativamente à idade e substância consumida, e também com os resultados do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na população portuguesa (Balsa, Farinha, Urbano, & Francisco, 2001).

Resultados semelhantes foram encontrados no ano letivo 2004/2005, onde maioritariamente o consumo também se iniciou na faixa etária entre os 15 e os 17 anos, embora com valores ligeiramente inferiores (56,2%). Estes resultados são também consonantes com os do ESPAD (Feijão & Lavado, 2004) e os do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na população portuguesa (Balsa et al., 2001).

No que se refere ao consumo atual de drogas, os resultados encontrados nas duas amostras são mais positivos do que os apresentados no estudo HBSC/OMS (Matos et al., 2003), onde 93,4% dos adolescentes não consomem drogas no momento da recolha de dados, e no estudo HBSC/OMS (Matos et al., 2006) onde 95,5% dos adolescentes não consomem drogas.

Conclusão

Considera-se que a saída de casa dos jovens para ingresso no ensino superior pode proporcionar aquisição de autonomia e aumento de responsabilidade mas também decréscimo no bem-estar psicológico, na autoestima, na estabilidade afetiva, no otimismo, na autoconfiança, na gestão do tempo e no desenvolvimento de competências (Freitas et al., 2008).

Quanto ao consumo de substâncias, observou-se que em relação ao consumo de tabaco, 12,8% dos homens e 7,8% das mulheres fumam, referindo a maioria como um hábito diário. As proporções obtidas são inferiores aos resultados do INSA (2001) que refere uma diminuição do número de consumidores, situando-se em 19,5% a prevalência de fumadores na população com mais de 15 anos, sendo o género masculino o principal responsável por esta diminuição.

Relativamente ao consumo de álcool, verificamos que 94,6% dos estudantes referem já ter experimentado bebidas alcoólicas, sendo a cerveja (43,5%) a bebida mais utilizada na primeira experiência, seguida dos *shots* e do vinho (14,8%), dos *cocktails* (10,9%), das bebidas destiladas (10%) e, por último, os *alcopops* (1,7%). Ao compararmos com os resultados do ano letivo 2004/2005, constatámos uma alteração nítida na bebida utilizada para o primeiro contacto com álcool, embora a cerveja estivesse no topo, os *shots* e os *cocktails* detinham valores menos significativos e as destiladas valores mais elevados conforme se apresenta a seguir: bebidas destiladas (25,7%), do vinho (17,7%), dos *shots* (13,3%), dos *alcopops* (3,5%) e, por fim, dos *cocktails* (0,9%). De salientar

que se verificou uma diminuição do primeiro contacto com álcool antes dos 13 anos e um aumento na faixa dos 14 aos 17 anos em relação ao estudo realizado no ano letivo 2004/2005. Os resultados divergem dos apresentados nos Inquéritos Nacionais de Saúde, cuja média de idade do primeiro contacto foi 11 anos, e dos apresentados por Breda (2000) em que a média de idades se situou nos 12 anos de idade. Importa salientar que atualmente, dois terços dos participantes assumem consumir álcool e que este ocorre preferencialmente ao sábado, sexta-feira e quinta-feira, dias fortemente associados às saídas de fim de semana ou aos convívios e festas académicas.

Relativamente ao consumo de drogas ilícitas, constatámos que a grande maioria dos estudantes refere que nunca consumiu drogas. Estes resultados são semelhantes ao do estudo realizado no ano letivo de 2004/2005, onde 87,5% dos estudantes referiam nunca ter consumido drogas ilícitas e 12,5% assumiam já ter experimentado. Contudo, estes resultados revelam-se mais animadores que os do *European School, Survey Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD), realizado em Portugal por Feijão e Lavado (2004), onde 18% dos estudantes com idade superior a 16 anos referiram já terem experimentado drogas.

Referências bibliográficas

- Balsa, C., Farinha, T., Urbano, C. & Francisco, A. (2001). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa*. Acedido em http://www.drogas.pt/media/publicações/síntese_balsa.pdf.
- Breda, J. (2000). Bebidas alcoólicas e jovens escolares: um estudo sobre consumos, conhecimentos e atitudes. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, 8(5), 7-103.
- Brito, I. (2008). *Intervenção de conscientização para prevenção da brucelose em zona endémica*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Feijão, F. & Lavado, E. (2004). ESPAD/2003 – Portugal - *European School, Survey on Alcohol and other Drugs*. Acedido em http://www.drogas.pt/media/relatórios/investigação/ESPAD_2003.pdf
- Freitas, H., Carrageta, M., Leitão, M., Neves, M., Vidigueira, P., Amado, R., ... Pedrosa, R. (2008). *Caracterização dos estudantes da ESEnfC*. Trabalho de investigação não publicado. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Graça, M. J., Dias, C. D. (2001). *Como as pessoas avaliam o seu próprio estado de saúde em Portugal. Dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1995/1996 e de 1998/1999*. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2001). *Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999: Informação síntese*. Lisboa, Portugal: Observatório Nacional de Saúde.

- Lopes, R., Melo, R., Brito, I., Freitas, H., Vidigueira, P., Neves, M., ... Pedrosa, R. (2008). Avaliar comportamentos de risco para intervir junto dos estudantes do ensino superior. *Revista de Psicologia/International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(4), 565-574.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C. & Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses – Estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS (1998)*. Lisboa: Edições Faculdade da Motricidade Humana.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C. & Canha, L. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições Faculdade da Motricidade Humana.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Silva, M., Gaspar, T. & Dinis, J. (2006). *Consumo de substâncias nos adolescentes portugueses*. Acedido em www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/relatorio-preliminar-idt-2006.pdf.
- Mckenzie, J., Pinger, R. & Kotecki, J. (2002). *An introduction to community health*. 4ª ed. Boston, Canada: Jones & Bartlett.
- Melo, R., Lopes, R., Brito, I., Freitas, H., Carrageta, M., Leitão, M., ... Pedrosa, R. (2008). Álcool, tabaco e outras drogas: consumos nos estudantes de Enfermagem. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, ed. esp., p. 653.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde, Orientações estratégicas para 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Nunes, E. (2002). Consumo de tabaco: estratégias de prevenção e controlo. *Cadernos da Direcção Geral da Saúde*, 1, 6-10.
- World Health Organization. (2002), World Health Report 2002: *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneve, Switzerland: WHO.

CAPÍTULO VII

ELES E ELAS: COMPORTAMENTOS E CONSUMOS EM CONTEXTOS RECREATIVOS

FILIPA DE BRITO HOMEM

IRMA DA SILVA BRITO

ANA RITA TORRES

TÂNIA RODRIGUES

FERNANDO JOAQUIM FERREIRA MENDES

Considerando que os contextos recreativos são espaços onde muito os estudantes adotam comportamentos de risco (Calafat et al., 2014), tem vindo a ser desenvolvido, desde 2007, na ESEnC, o projeto “Antes que te Queimes” nas noites das festas académicas de Coimbra. Os educadores de pares (voluntários que frequentam um curso de formação), essencialmente estudantes da ESEnC, realizam em contexto de rua, durante estas noites, aconselhamento personalizado aos participantes das festas. Para tal, estes educadores utilizam formulários, que se constituem como um guião para a conversa com os jovens e que servem de apoio durante o aconselhamento par-a-par (educação pelos pares), avaliando também a alcoolémia. Os voluntários prestam ainda assistência imediata a indivíduos com intoxicação aguda alcoólica, sob supervisão de docentes da escola de enfermagem e outros profissionais de saúde.

Consideramos que a educação pelos pares surge como uma estratégia de promoção de literacia em que os indivíduos de um grupo social educam elementos do mesmo grupo, com o objetivo de influenciar positivamente os valores, as crenças e os comportamentos dos membros desse grupo (Brito, Mendes, Santos, & Homem, 2009). Assim, temas como pressões sociais, abuso de substâncias e sexualidade são assuntos em que os indivíduos poderão sentir-se mais confortáveis e menos defensivos conversando com um par do que com um profissional especializado (UNESCO, 2003). Utilizando o facto de os jovens recorrerem frequentemente aos seus amigos para esclarecer dúvidas e obter informação e aconselhamento, a educação pelos pares pode ser utilizada para proporcionar um aconselhamento e para incrementar a adoção de estilos de vida saudáveis. Os jovens educadores de pares, devidamente formados, “(...) são vistos como amigos ou irmãos mais velhos a quem se pede conselhos e por isso podem influenciar positivamente as atitudes e comportamentos” (Brito et al., 2009, p. 35).

Para a realização deste estudo analisaram-se as respostas registadas no formulário utilizado durante as intervenções de 2007 a 2013, de forma a identificar o perfil de comportamentos de risco adotados pelos estudantes nas festas académicas e associados ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas e de outras substâncias. Também interessou perceber se esses comportamentos seriam diferentes segundo o género dos estudantes, e, por último, analisar se os comportamentos de risco estariam relacionados com o consumo abusivo de álcool. Note-se que para este cálculo estatístico se assumiu, como consumo abusivo num dia, cinco Unidades de Bebida Padrão (UBP) para as mulheres e oito UBP para os homens.

1. Comportamentos de risco nas festas académicas

Nas festas académicas são muitas vezes adotados comportamentos de risco como o consumo excessivo de álcool e de substâncias ilícitas associados a práticas sexuais de risco, que podem pôr em causa a saúde dos jovens que as frequentam.

A sexualidade ocupa um papel fulcral na vida dos jovens e é um dos ideais conduzidos pela diversão sendo tida como mais uma atividade a que facilmente podem aceder nos espaços recreativos noturnos. Pode afirmar-se que, na atualidade, o sexo adquiriu um novo significado sendo encarado como uma atividade, desprovida (pelo menos inicialmente), de uma relação romântica e duradoura (Calafat et al., 2014 e Lomba et al., 2008). O álcool, pelo seu efeito desinibidor é reconhecido como um fator propiciador de práticas sexuais de risco por levar a negligenciar métodos de prevenção como o uso do preservativo ou a prática de sexo com parceiros ocasionais (experiências sexuais efémeras do tipo *one night stand*) (Agante, 2009; Lomba et al., 2008). Dos vários problemas daí decorrentes salientam-se o sexo não consentido ou arrependido, a gravidez indesejada ou, mesmo, a transmissão de Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST's). Pelos seus efeitos de alteração de comportamento, o álcool "(...) pode funcionar como um desinibidor social, facilitando o envolvimento e relacionamento amoroso e afetivo que poderão preceder o ato sexual, aumentando o desejo, mas perturbando o desempenho sexual" (Agante, 2009).

De acordo com Azevedo, Elias, Ferreira, Samorinha, e Maia (2010), aliada aos acidentes rodoviários, a infeção por HIV é uma das principais causas de morte nos jovens, estimando-se que cerca de 96% das IST's diagnosticadas anualmente ocorram entre as faixas etárias dos 15 e 29 anos. No estudo desenvolvido por Matos, Reis, Ramiro, e Equipa Aventura Social (2012), concluiu que cerca de 35,2% dos jovens que já iniciaram a sua vida sexual dizem tê-lo feito sob o efeito do álcool; cerca de 22,4% dos inquiridos dizem ter estado sob o efeito de drogas. Outro estudo, realizado por Lomba et al. (2008),

referem que: “(...) os consumidores de drogas e de álcool, não só têm mais relações sexuais do que os iguais não-consumidores, mas também têm mais parceiros sexuais, usam menos os preservativos e iniciam-se em práticas sexuais mais cedo, sendo que um terço destes têm a sua experiência sexual sob o efeito de drogas ou álcool”.

Considerando que, em Coimbra e noutras cidades académicas, o consumo abusivo em contexto académico é já uma tradição pois está presente em jantares de turma, nas saídas às terças e quintas, nos cortejos ou no recinto das festas, esta problemática torna-se mais evidente. De acordo com Agante (2009), a praxe académica assume uma importância considerável no acolhimento dos novos estudantes, marcando a entrada e a passagem pelo Ensino Superior. No entanto, muitas destas atividades envolvem o consumo nocivo de bebidas alcoólicas. Desde a entrada do novo estudante no ensino superior são dinamizadas várias atividades com o principal objetivo de o incluir na nova vida académica e de o aproximar de novos amigos. E está implícita a necessidade de pertencer ao novo grupo, o que vai promover a aceitação e adesão a estes rituais de consumos nocivos. Assim, “ (...) 'beber desenfreadamente', sem regras e sem medir consequências, faz parte do rito de passagem dos estudantes, onde o sentimento de pertença ao grupo se faz paradoxalmente pela integração e pela diferenciação.” (cit in Agante, 2009). A capacidade de tolerar o maior número de bebidas alcoólicas é normalmente aclamada pelos colegas, sendo visíveis estes excessos nas festividades académicas como a Festa das Latas e a Queima das Fitas, na cidade de Coimbra. É necessário ter em conta a disponibilidade e o preço das bebidas alcoólicas existentes nas festas académicas que incrementa estes consumos. É por isso importante referir que, apesar da influência dos pares poder ser perigosa, a inexistência de programas de prevenção pode, por outro lado, colocar o jovem em risco (Agante, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde e ESPAD, cerca de 80 milhões de residentes na União Europeia, com mais de 15 anos, relataram a existência de um episódio de *binge drinking* pelo menos uma vez por semana. As consequências do consumo de álcool em excesso são nefastas para a saúde, sendo este o terceiro maior fator de risco que contribui para a doença e morte prematura. Os consumos nocivos associam-se a comportamentos violentos, não só em relação à pessoa mas também para com os outros, a uma condução sob o efeito de álcool e a comportamentos sexuais de risco. Azevedo et al. (2010), refere ainda que, associado a um maior consumo de álcool, estão os padrões negativos de comunicação na família.

Uma vez que a pressão pelos pares poderá levar a consumos nocivos devido aos jovens terem a tendência para não se desviar dos grupos onde se inserem, o projeto “Antes que te Queimes” foi concebido como uma estratégia de prevenção e de redução de danos (intervenções de rua). Baseia-se na educação pelos pares em contexto comunitário. Após um período de formação (mínimo 30h) os educadores de pares estão aptos a

fazer aconselhamento individual (par-a-par) aos estudantes que frequentam as festas académicas sobre as consequências do consumo excessivo de bebidas alcoólicas e a prestar primeiros socorros aos que ficarem embriagados.

No aconselhamento par-a-par proporciona-se um diálogo de esclarecimento personalizado, avalia-se a alcoolémia e o risco de danos associados (sexual e de acidentes). Presta-se também assistência de primeiros socorros aos estudantes em intoxicação aguda alcoólica ou feridos. Antes dos períodos festivos são realizadas ações de sensibilização dos estudantes e aos empresários da restauração onde se realizam os jantares de curso. Esta intervenção é realizada em todas as Festas das Latas e Queimas das Fitas de Coimbra, tendo sido também implementada em Évora e Covilhã (UBI-FCS).

Denota-se que estas intervenções têm como objetivo promover a diversão sem risco e prevenir os danos associados ao consumo excessivo de álcool durante as festas académicas (nos estudantes do ensino superior e secundário que participam nas festas académicas) assim como facilitar a aquisição e desenvolvimento de competências interpessoais, científicas e técnicas (nos educadores de pares) para realizarem intervenções de promoção da saúde e redução de danos em contexto recreativo.

Os professores, enfermeiros e outros profissionais que colaboram na intervenção de rua supervisionam as intervenções educativas em contexto recreativo e garantem a segurança dos educadores de pares. Além disso, asseguram a responsabilidade científica, técnica e ética pelos cuidados prestados.

As respostas registadas no formulário utilizado durante as intervenções de 2007 a 2013, permitem identificar o perfil de comportamentos de risco adotados pelos estudantes nas festas académicas associados ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas e de outras substâncias. Mas interessou perceber qual a diferença desses comportamentos segundo o género dos estudantes aconselhados e se os comportamentos de risco estariam relacionados com o consumo abusivo de álcool.

“Antes que te Queimes” é um modelo de intervenção que se insere no estudo de pesquisa-ação participativa PEER (UICISA-E) que visa desenvolver referenciais de boas práticas em promoção da saúde e educação pelos pares, em contexto comunitário, sobretudo envolvendo jovens e estudantes do ensino superior. Baseia-se na pesquisa-ação participativa em saúde para conceber intervenções educativas dialógicas, criativas e culturalmente competentes; e ativar a mobilização comunitária no ensino superior para gerar contextos salutogénicos. Privilegia a educação pelos pares e métodos de pesquisa colaborativa (*peer education & peer research*), assim como valoriza o voluntariado, a participação e a cocriação de conhecimento científico.

2. Colheita de dados por aconselhamento personalizado

Este estudo quantitativo, descritivo e correlacional foi realizado durante as festas académicas de Coimbra entre 2007 e 2013 (Festa das Latas e Queima das Fitas), no âmbito do projeto “Antes que te Queimes”. Durante as intervenções par-a-par, no largo da Portagem, nas festividades académicas de Coimbra, os participantes foram informados dos objetivos do estudo, da garantia da confidencialidade e do acesso aos resultados. A amostra foi constituída recorrendo-se a uma técnica não aleatória por conveniência, sendo os indivíduos selecionados pelo facto de estarem no momento da recolha de dados no recinto da intervenção. Ao longo dos sete anos foram aconselhados 5481 jovens.

O guião de aconselhamento, que serve também de instrumento de colheita de dados foi desenvolvido pelos jovens voluntários do projeto, tendo sido alterado ao longo dos anos, de acordo com os achados dos anos anteriores, prevendo a sua melhoria contínua. Atualmente este é constituído por 25 itens que incidem nas temáticas da sexualidade e consumo de substâncias em contexto recreativo. Assim, algumas questões analisadas neste artigo não abrangem todos os anos de intervenção. O objetivo deste formulário é ser um guião de colheita de dados para um aconselhamento personalizado, pelo que não é preenchido pelos participantes, tornando assim uma conversa informal entre jovens, para aumentar a adesão ao consumo moderado de álcool e a literacia sobre redução de danos associada ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos participantes. De acordo com os objectivos, formularam-se as seguintes hipóteses:

- Os consumos de bebidas alcoólicas (medidos por UBP) são diferentes ao longo dos anos de intervenção
- O perfil de comportamentos em contexto recreativo é diferente segundo os consumos de bebidas alcoólicas (medidos por UBP). Note-se que para este cálculo estatístico se assumiu que seria consumo abusivo num dia cinco unidades de bebida padrão (UBP) para as mulheres e oito UBP para os homens.
- O perfil de comportamentos em contexto recreativo é diferente segundo o género.

Com os dados recolhidos e respetiva codificação de respostas, elaborou-se uma base de dados no *Programa Statistical Package for Social Sciences 21.0 for Windows* (SPSS for Windows). Para realizar a estatística descritiva utilizaram-se, nas variáveis contínuas, medidas de tendência central (média, mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio-padrão). Nas variáveis nominais foram utilizadas as frequências absolutas e relativas (percentagens). Foi também realizada a análise inferencial dos dados através da estatística analítica. Após formuladas as hipóteses, foram testadas através dos testes

não paramétricos: *Testes U de Mann-Whitney (UMW)*, *Correlações de Spearman (r)*, *Testes de Kruskal-Wallis (KW)* e *Testes de Qui-Quadrado (χ^2)*, uma vez que, através do teste de Kolmogorov-Smirnov, não se verifica uma distribuição normal das dimensões da variável dependente ($p < 0,05$).

3. Resultados das intervenções de 2007 a 2013

O registo da informação sobre as intervenções iniciou-se em 2007, verificando-se que 3,1% (186) eram estudantes do 12^o ano; 13,5% (732) estudantes da ESEnC (variando de 19,6% em 2007 a 11,3% em 2013); 23,8% (1284) estudantes da FCTUC (variando de 36,5% em 2008 a 8,0% em 2013); e 5,8% (314) estudantes de fora (20,2% em 2011 mas que iniciaram a procura deste serviço em 2010).

A amostra é constituída por 5481 indivíduos, 37,9% do sexo feminino ($n=2053$), 62,1% do sexo masculino ($n=3359$), com idades compreendidas entre 15 e 35 anos, sendo a média de $21,28 \pm 2,80$ (Homens – $21,6 \pm 2,95$; Mulheres – $20,8 \pm 2,47$). Os participantes têm entre 1 e 20 matrículas, sendo a média de $3,09 \pm 1,81$ matrículas (Homens – $3,17 \pm 1,91$; Mulheres – $2,95 \pm 1,62$). A participação dos homens nas 12 intervenções do Antes que te Queimes é sempre maior (varia de 56,9% a 66,4%) enquanto das mulheres é menor (18,7% a 43,1%). Esta diferença é estatisticamente significativa ($\chi^2=43,83$; $gl=11$; $p=.000$).

Os **consumos de bebidas alcoólicas** (medidos por UBP ingeridas aquando do aconselhamento par-a-par) são diferentes ao longo dos anos de intervenção: nos homens ($n=3301$), 47,9% (1580) referiram beber oito UBP ou menos no dia em que foram aconselhados (variando ao longo dos sete anos de 61,6% para 48,8%); enquanto que 49,1% (994) das mulheres reportavam consumos de cinco UBP ou menos no dia em que foram aconselhadas (variando ao longo dos sete anos de 65,0% para 51,5%). Como a proporção entre homens e mulheres não é estatisticamente significativa ($\chi^2=781$; $gl=1$; $p=.377$), ou seja, 51,7% (2751) dos homens e mulheres assumem consumos nocivos, analisaremos o somatório de todos os dados. Na Figura 1 verifica-se a distribuição das bebidas ingeridas reportadas ao longo das 12 intervenções e nota-se que a média dos consumos têm ligeiras oscilações mas mantêm-se ao longo de todas as intervenções.

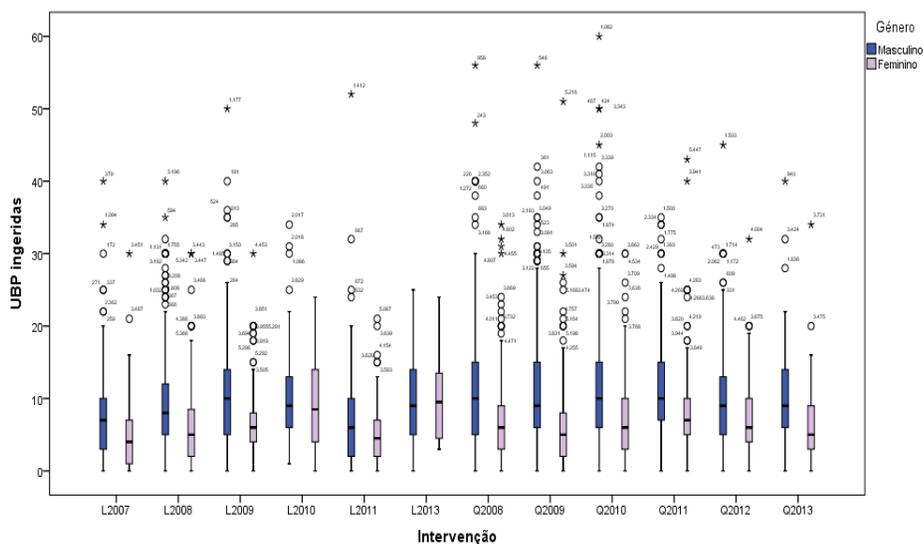


Figura 1. Consumos de bebidas alcoólicas em UBP ingeridas aquando do aconselhamento par-a-par.

Analisando se o **perfil de comportamentos em contexto recreativo** é diferente segundo o género, procedeu-se à análise inferencial para todos os domínios do comportamento em contexto recreativo: motivos de participação nas festas académicas; perfil de consumo de bebidas alcoólicas e de embriaguez; literacia sobre consumo de álcool; comportamentos sexuais relacionados com o consumo de álcool; percepção sobre medidas de proteção sexual.

Relativamente aos **motivos de participação nas festas académicas** (Tabela 1), quando inquiridos sobre as razões de vir à festa, os jovens alegam que vêm por diversão (52,6%) mas os homens argumentam mais com os motivos de *beber* e *para conhecer pessoas* ($p=,000$). Inquiridos sobre *como vai regressar a casa*, a diferença entre homens e mulheres está também presente ($p=,000$): ambos se deslocam preferencialmente a pé ou de autocarro (51,6%), mas o carro próprio é preferido dos homens e o táxi ou carro de amigo das mulheres. Em média, os participantes gastam $13,52\pm 12,71\text{€}$, sendo os homens quem mais gasta ($\text{♂}15,44\text{€}\pm 13,97$; $\text{♀}10,39\pm 9,66$). O sexo masculino refere que frequentou, em média, $9,04\pm 15,40$ festas, enquanto que as mulheres referem, em média, $7,09\pm 9,55$ festas, tendo estes valores diferença estatisticamente significativa ($t=2,96$; $p=,003$).

Tabela 1
Motivos de participação nas festas académicas

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Porque vem à festa? ($\chi^2= 32,26$; $gl=5$; $p=,000$)						
Diversão	1236	50,7	869	55,8	2128	52,6
Com os amigos	575	23,6	380	24,4	973	24,1
Por tradição	359	14,7	216	13,9	581	14,4
Conhecer pessoas	148	6,1	54	3,5	204	5,0
Para beber	108	4,4	37	2,4	146	3,6
Outra	11	0,5	2	0,1	13	0,3
Como vai regressar a casa? ($\chi^2= 121,353$; $gl=4$; $p=,000$)						
A pé ou de autocarro	1641	54,3	874	47,1	2542	51,6
Carro próprio	565	18,7	223	12,0	803	16,3
Carro de amigo	361	11,9	280	15,1	648	13,1
Taxi	302	10,0	321	17,3	628	12,7
Autocarro gratuito	152	5,0	157	8,5	310	6,3

Em relação ao **perfil de consumo de bebidas alcoólicas** e de embriaguez dos participantes das festas académicas aconselhados (Tabela 2), observa-se que a média de unidades de bebidas padrão consumidas durante a noite em que foram alvo de intervenção variou entre 0 e 60, sendo a média de $8,81 \pm 7,05$ UBP. No entanto, nos 3301 homens a média foi de $10,2 \pm 7,51$ UBP e nas 2014 mulheres $6,5 \pm 5,54$ UBP, sendo esta diferença significativa ($t=19,27$; $p=,000$). Quando questionados sobre qual a sua alcoolémia esperada, a média obtida é de $0,7 \pm 0,67$ g/l ($\text{♂} 0,8 \pm 0,69$ g/l; $\text{♀} 0,6 \pm 0,61$ g/l). Contudo, quando avaliada a alcoolémia com o alcoolímetro, a média obtida é de $1,0 \pm 0,92$ g/l ($\text{♂} 1,1 \pm 0,94$ g/l; $\text{♀} 0,8 \pm 0,86$ g/l), diferença estatisticamente significativa ($t=9,60$; $p=,000$). Relativamente à percentagem de noites onde se embriagaram, tendo em conta as noites frequentadas, a média é de $63,44\% \pm 35,4$ das noites. Os homens apresentaram uma proporção maior ($68,11\% \pm 34,3$) que as mulheres ($55,49\% \pm 35,8$), com significância estatística ($t=10,01$; $p=,000$). Constata-se ainda que é maior a proporção de homens que: bebem todas as noites ($63,4\%$) entram em rodadas de bebidas ($89,7\%$), já necessitaram de cuidados médicos por intoxicação alcoólica aguda ($10,5\%$), já conduziram sob o efeito de consumo de bebidas alcoólicas ($61,6\%$), já tiveram problemas de ter sido conduzido por pessoas sob efeito de bebidas alcoólicas ($5,9\%$).

Tabela 2

Perfil de consumo de bebidas alcoólicas e de embriaguez

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bebe todas as noites? ($\chi^2= 104,21$; gl=3; p=,000)						
Não	1200	36,6	1013	50,7	2239	41,9
Sim	2082	63,4	985	49,3	3104	58,1
Entra em rodadas de bebidas? ($\chi^2= 23,89$; gl=1; p=,000)						
Não	136	10,3	136	17,8	274	13,0
Sim	1181	89,7	627	82,2	1833	87,0
Que tipo de rodadas? ($\chi^2= 14,64$; gl=3; p=,002)						
Bebidas fermentadas	360	48,6	150	38,3	519	44,9
Bebidas destiladas	83	11,2	64	16,3	148	12,8
Bebidas fermentadas e destiladas	289	40,2	177	45,5	489	42,4
Já precisou de ir ao hospital devido a consumos abusivos? ($\chi^2= 8,36$; gl=1; p=,004)						
Não	1751	89,5	1086	92,6	2878	90,7
Sim	206	10,5	87	7,4	296	9,3
O facto de ir ao hospital alterou os seus consumos? ($\chi^2= 1,56$; gl=1; p=,211)						
Não	87	60,0	33	50,8	123	57,7
Sim	58	40,0	32	49,2	90	42,3
Já conduziu sob o efeito de bebidas alcoólicas? ($\chi^2= 329,68$; gl=3; p=,000)						
Não	525	26,7	620	53,1	1161	36,5
Sim	1210	61,6	372	31,8	1604	50,5
Sim e teve problemas	92	4,7	14	1,2	107	3,4
Não conduz	138	7,0	162	13,9	306	9,6
Já foi conduzido por alguém sob o efeito de bebidas alcoólicas? ($\chi^2= 38,85$; gl=2; p=,000)						
Não	490	24,6	409	34,6	910	28,3
Sim	1382	69,4	725	61,4	2139	66,5
Sim e teve problemas	118	5,9	47	4,0	167	5,2

Também é maior a proporção de homens que na última festa ficaram embriagados (83,0%), que acham divertido ficar embriagado (28,6%), ficaram bêbados no último jantar de curso (72,4%) e que tiveram problemas (1,4%). Saliente-se, no entanto, que as mulheres, apesar de reportarem menos necessidade de recorrer ao hospital, não alteraram os consumos em

ambos os sub-grupos (♂60,0%; ♀50,8%; p=,211). Porém, as mulheres apontam um motivo estatisticamente diferente para a embriaguez nos jantares de curso: não me apercebi (13,3%).

Tabela 2.

Perfil de consumo de bebidas alcoólicas de embriaguez (continuação)

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ficou bêbado na última festa académica? ($\chi^2= 86,20$; gl=1; p=,000)						
Não	545	17,0	544	27,9	1101	21,1
Sim	2664	83,0	1409	72,1	4124	78,9
Porque razão ficou bêbado na última festa académica? ($\chi^2= 40,95$; gl=5; p=,000)						
Porque queria	1077	42,0	620	44,5	1718	42,9
Porque é divertido	733	28,6	342	24,5	1086	27,1
Porque me pressionaram	138	5,4	37	2,7	176	4,4
Não me apercebi	401	15,6	296	21,2	702	17,5
Porque todos se embriagaram	197	8,5	93	7,1	293	7,9
Ficou bêbado no último jantar de curso? ($\chi^2= 18,90$; gl=2; p=,000)						
Não	328	26,2	252	34,9	590	29,5
Sim	906	72,4	467	64,6	1389	69,4
Sim e teve problemas	18	1,4	4	0,6	23	1,1
Porque razão ficou bêbado no último jantar de curso? ($\chi^2= 19,52$; gl=4; p=,000)						
Porque queria	374	42,5	203	45,9	587	43,8
Porque é divertido	220	25,0	105	23,8	328	24,5
Porque me pressionaram	105	11,9	30	6,8	135	10,1
Não me apercebi	73	8,3	59	13,3	133	9,9
Porque todos se embriagaram	109	12,3	45	10,2	145	11,6

No aconselhamento foram colocadas algumas questões de literacia sobre consumo de álcool (Tabela 3) e verificou-se que a maioria diz que para não ficar embriagado é necessário não beber (ou beber pouco), comer ao beber e beber água entre as bebidas. As opiniões são diferentes consoante o sexo dos inquiridos ($p=,018$).

Nas mulheres, quando inquiridas sobre se devem beber tanto quanto os homens, uma grande proporção responde afirmativamente (28,0%), tendo depois dificuldades na justificação.

Tanto homens como mulheres sabem que é por ter menos água corporal (45,2%), mas poucos fazem referência à diferença de enzima ADH ou da vulnerabilidade sexual. Em relação à sobrecarga hepática relacionada com a toma de contraceção hormonal oral, quase todos os participantes desconhecem mas assumem que não tomariam álcool se estivessem a tomar antibióticos. Só 1,8% respondem completa e corretamente à questão.

Tabela 3
Literacia sobre consumo de álcool

O que faz para não ficar embriagado? ($\chi^2= 19,11$; $gl=5$; $p=,018$)						
Não bebe	371	37,2	200	36,1	571	36,8
Bebe pouco	149	15,0	80	14,4	229	14,8
Bebe água	124	12,4	83	15,0	207	13,4
Come	210	21,1	85	15,3	295	19,0
Bebe pouco e bebe água	19	1,9	4	0,7	23	1,5
Bebe pouco e come	29	2,9	14	2,5	43	2,8
Bebe água e come	36	3,6	34	6,1	70	4,5
Bebe pouco, bebe água e come	17	1,7	35	6,3	52	3,4
Não entra em rodadas	13	1,3	11	2,0	24	1,5
Quer ficar bêbado e não faz nada	28	2,8	8	1,4	36	2,3
As mulheres devem beber tanto quanto os homens? ($\chi^2= 7,57$; $gl=2$; $p=,023$)						
Não	872	66,7	540	71,4	1430	68,4
Sim	471	31,9	212	28,0	634	30,3
Não sabe	19	1,5	4	0,5	27	1,3
Porque razão as mulheres não devem beber menos os homens? ($\chi^2= 20,40$; $gl=9$; $p=,016$)						
Menos água corporal	368	41,8	274	50,6	642	45,2
Menos enzima ADH	28	3,2	16	3,0	44	3,1
Estrogénios	15	1,7	11	2,0	26	1,8
Contraceção oral	6	0,7	3	0,6	9	0,6
Vulnerabilidade sexual	14	1,6	7	1,3	21	1,5
Menos água corporal e enzima ADH	19	2,2	9	1,7	28	2,0
Menos água corporal e Estrogénios	15	1,7	8	1,5	23	1,6
Menos água corporal, contraceção oral e vulnerabilidade sexual	8	0,9	5	0,9	13	0,9
Resposta completa	10	1,1	16	3,0	26	1,8
Não sabe	397	45,1	192	35,5	589	41,4

Quanto aos comportamentos sexuais relacionados com o consumo de álcool e percepção sobre medidas de proteção sexual (Tabela 4), verifica-se que as mulheres assumem mais que namoram que os homens mas, para ambos, os relacionamentos têm maioritariamente até seis meses (44,5%) e vêm com os parceiros às festas académicas (76,2%) e que isso não modifica (67,0%) ou reduz os consumos (24,6%). Inquiridos sobre quem bebe mais, os homens assumem-se como tal (64,4%), enquanto as mulheres referem serem os homens (70,9%).

Tabela 4

Comportamentos sexuais relacionados com o consumo de álcool e percepção sobre medidas de proteção sexual

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Namora? ($\chi^2= 10,99$; $gl=1$; $p=,001$)						
Não	727	55,6	362	48,0	1103	52,8
Sim	581	44,4	392	52,0	986	47,2
Há quanto tempo namora? ($\chi^2= 2,75$; $gl=3$; $p=,431$)						
Até 6 meses	259	47,1	155	41,8	416	44,5
Entre 6 meses e 1 ano	96	17,5	75	20,2	174	18,6
Entre 1 ano e 5 anos	161	29,3	115	31,0	283	30,3
Mais de 5 anos	34	6,2	26	7,0	61	6,5
Costuma vir com o/a namorado/a às festas? ($\chi^2= 0,024$; $gl=1$; $p=,878$)						
Não	128	23,9	85	23,5	216	23,8
Sim	407	76,1	277	76,5	693	76,2
Com que frequência? ($\chi^2= 8,77$; $gl=1$; $p=,003$)						
Raramente	166	39,9	83	29,0	249	35,5
Quase sempre	250	60,1	203	71,0	453	64,5
Qual dos dois consome mais? ($\chi^2= 93,30$; $gl=1$; $p=,000$)						
Eu	306	64,4	90	29,1	402	50,6
Ele/a	169	35,6	219	70,9	393	49,4
Estar com ele/a modifica os consumos? ($\chi^2= 7,94$; $gl=1$; $p=,019$)						
Não	310	63,5	244	72,2	561	67,0
Menos	136	27,9	66	19,5	206	24,6
Mais	42	8,6	28	8,3	70	8,4

Dos inquiridos, 60,6% dos homens e 84,1% das mulheres teve 0 ou 1 parceiro sexual mas, ao questionar se considera que o seu comportamento sexual o(a) coloca em risco de ser infetado por VIH ou outra IST, as mulheres são mais perentórias (91,0%) que os homens (87,2%). No entanto, não há diferença quanto a terem feito o teste de VIH ($p=,695$). Constata-se também que os homens referem usar mais o preservativo (60,0%), aceitavam ter sexo ocasional (50,8%), mesmo sem preservativo (20,0%) ou a praticar sexo oral (13,4%)(Tabela 5).

Tabela 5

Comportamentos sexuais relacionados com o consumo de álcool e percepção sobre medidas de proteção sexual

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tendo em conta o seu comportamento sexual, considera-se em risco de ser infetado por VIH ou outra IST? ($\chi^2= 18,21$; $gl=3$; $p=,000$)						
0 ou 1	782	60,6	619	84,1	1418	88,7
2 ou mais	509	39,4	117	15,9	633	9,7
Tendo em conta o seu comportamento sexual, considera-se em risco de ser infetado por VIH ou outra IST? ($\chi^2= 18,21$; $gl=3$; $p=,000$)						
Nenhum risco	2861	87,2	1818	91,0	4736	88,7
Sim algum risco	361	11,0	154	7,7	518	9,7
Sim, elevado risco	36	1,1	14	0,7	51	1,0
Não sabe	24	0,7	12	0,6	36	0,7
Já alguma vez fez o teste do VIH/SIDA? ($\chi^2= 0,154$; $gl=1$; $p=,695$)						
Sim	1712	57,5	1036	56,9	2780	57,2
Não	1267	42,5	785	43,1	2078	42,8
Utiliza preservativos? ($\chi^2= 24,28$; $gl=2$; $p=,000$)						
Nunca ou à vezes	517	40	326	44,6	852	41,6
Sempre	775	60,0	404	55,3	1196	58,4
Se se proporcionasse ter sexo ocasional, aceitava? ($\chi^2= 254,01$; $gl=1$; $p=,000$)						
Não	630	49,2	617	85,1	1260	62,0
Sim	651	50,8	108	14,9	772	38,0
O que faria se não tivesse preservativo? ($\chi^2= 223,36$; $gl=5$; $p=,000$)						
Fazia na mesma	433	20,0	195	16,1	646	18,9
Não fazia	1234	56,9	957	79,0	2207	64,6
Fazia sexo oral	291	13,4	26	2,1	318	9,3

Masturbava-me	56	2,6	5	0,4	61	1,8
Fazia sexo anal	36	1,7	4	0,3	40	1,2
la arranjar proteção	119	5,5	25	2,1	144	4,2
Durante os últimos 6 meses quantas vezes fez sexo desprotegido? ($\chi^2= 20,30$; $gl=3$; $p=,000$)						
Nunca ou raramente	1292	67,3	783	72	2103	69
Sempre ou quase sempre	628	32,7	305	28	943	31
Durante os últimos 6 meses fez sexo desprotegido sob o efeito de álcool? ($\chi^2= 50,45$; $gl=3$; $p=,000$)						
Nunca ou raramente	1649	86,4	1017	93,3	2702	88,9
Quase sempre ou sempre	261	13,6	73	6,7	337	11,1

Pode afirmar-se que o perfil de comportamentos de risco sexual em contexto recreativo é diferente entre homens e mulheres, segundo os consumos de bebidas alcoólicas (medidos por UBP). Note-se que para este cálculo estatístico se assumiu que seria consumo abusivo num dia cinco Unidades de Bebida Padrão (UBP) para as mulheres e oito UBP para os homens. Quando questionados se se proporcionasse ter sexo ocasional (Figura 2), os que não aceitavam tinham menor média de UBP ingeridas ($8,62 \pm 6,52$ UBP) do que os que diziam que sim ($10,81 \pm 7,76$ UBP), com diferença estatisticamente diferente ($t=-6,716$; $p=,000$).

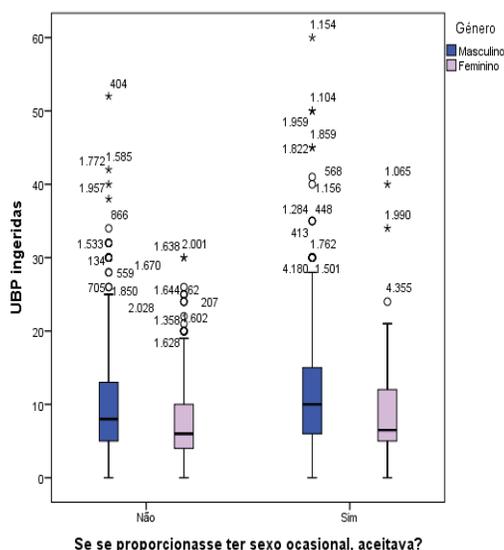


Figura 2. Distribuição das respostas à questão "se se proporcionasse ter sexo ocasional, aceitava" segundo os valores de álcool ingerido (em UBP).

Fonte: Formulários PEER-Antes que te Queimes de 2007 a 2013.

4. Discussão dos resultados obtidos nas intervenções de 2007 a 2013

O consumo de bebidas alcoólicas tem-se mantido ao longo dos anos de intervenção. De facto, estes consumos (medidos por UBP ingeridas aquando do aconselhamento par-a-par) são diferentes ao longo dos anos de intervenção: 47,9% dos homens referiram beber oito UBP ou menos no dia em que foram aconselhados (variando ao longo dos sete anos de 61,6% para 48,8%); enquanto 49,1% das mulheres reportaram consumos de cinco UBP ou menos no dia em que foram aconselhadas (variando ao longo dos sete anos de 65,0% para 51,5%). O estudo de Agante (2009), corrobora estes dados. Relativamente às UBP consumidas pelos estudantes inquiridos nas noites de festas académicas em três cidades do país, apontam uma média de $9,76 \pm 9,17$ UBP, sendo este valor maior em Coimbra ($12,81 \pm 7,31$ UBP), comparativamente às restantes (Aveiro e Leiria). Evidencia uma predominância de consumo de álcool no sexo masculino ($13,39 \pm 9,24$ UBP) em relação ao sexo feminino ($5,63 \pm 6,19$ UBP). Note-se que para o cálculo estatístico deste estudo se assumiu que seria consumo nocivo se num dia ingerissem cinco UBP as mulheres e oito UBP os homens.

A média encontrada representa um valor muito superior ao recomendado pela OMS e pelo Plano Nacional contra o Alcoolismo: duas UBP por dia para o sexo feminino e três UBP para o sexo masculino, por dia e repartidas pelas principais refeições. De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), 2009 (cit in Grácio, 2009), o consumo de bebidas alcoólicas na população jovem aumentou em todos os tipos de bebidas alcoólicas em ambos os sexos, predominando no entanto o sexo masculino.

Os estudantes-alvo do “Antes que te Queimes” apontam como razões de participar na festa a diversão (52,6%); contudo, os homens argumentam mais que as mulheres os motivos de *beber e para conhecer pessoas*. O estudo de Lomba et al. (2008) aponta que a maioria dos jovens (58,74%) considera importante sair para conhecer pessoas, sendo que destes, mais de metade não valorizam a escolha de locais noturnos pela facilidade de seduzir alguém nesse local. Apesar disso, 15,39% inquiridos atende a esta variável. Neste estudo, contrariamente ao que foi apurado neste trabalho, a música é um elemento fundamental e está implícita à escolha do local de diversão noturna.

Acerca de como vai regressar a casa, a diferença entre homens e mulheres está também presente: ambos se deslocam preferencialmente a pé ou de autocarro (51,6%), mas o carro próprio é preferido dos homens e o táxi ou carro de amigo das mulheres. O estudo de Azevedo et al. (2010), refere que no que concerne a comportamentos de risco relacionados com condução no regresso a casa depois das festas, 20,2% dos jovens afirmou ter conduzido sob estado de fadiga e 14,4% sob efeito de álcool. Em relação ao género, verificou-se a existência de diferenças significativas em todos os comportamentos rodoviários de risco: os homens adotam mais frequentemente comportamentos de risco rodoviários, contrariamente às mulheres.

Analisando os motivos mencionados para a embriaguez muitos estudantes referiram divertimento, autoconfiança para lidar com situações sociais, conformidade com as normas do grupo de pares e escapar ao dia-a-dia. Como parte da excitação de ficar embriagado são frequentemente vistos episódios de risco e desordem (Grácio, 2009). Muitos jovens referem ter dificuldades em avaliar os seus limites, fazendo com que fiquem mais embriagados em relação ao inicialmente previsto. O grupo de pares é visto como influentes no comportamento de *binge drinking*, não só acerca da quantidade ingeridas mas também pelo comportamento adotado aquando do consumo. No estudo realizado por Grácio (2009) a 450 estudantes do mesmo nível de ensino observou-se que o número de embriaguezes variou consoante o sexo, sendo mais elevadas no sexo masculino e com padrões de consumo do álcool que são *potencialmente perigosos*. Segundo este mesmo autor, um dos objetivos para os estudantes é a diversão sob o efeito do álcool. O álcool vai funcionar como aliciante e muitos jovens não conseguem equacionar uma noite sem o consumo de bebidas alcoólicas, alegando mesmo que há menos diversão, o que corrobora os nossos resultados.

Uma investigação levada a cabo nos EUA na qual foram realizadas avaliações de alcoolemia, recorrendo a alcoolímetros, revelou que em festas de estudantes universitários, os rapazes atingem níveis de intoxicação mais elevados que as raparigas. De facto, 55,9% de todos os participantes nas festas apresentaram valores de alcoolemia iguais ou superiores a 0,8 mg/dl, sendo 59,7% do sexo masculino e 50,4% do sexo feminino, dados que ilustram um problema de comportamento relacionado com o ambiente (Glindemann, Wiegand, & Geller, 2007).

No que concerne os comportamentos sexuais relacionados com o consumo de álcool e percepção sobre medidas de proteção sexual dos jovens, percebe-se que o sexo feminino assume mais que tem compromisso amoroso, relativamente ao sexo masculino, mas para ambos os relacionamentos têm maioritariamente até seis meses, vêm com os parceiros às festas académicas e que isso não modifica os seus consumos. Inquiridos sobre quem bebe mais, os homens assumem-se mais bebedores, sendo a opinião concomitante com a das mulheres.

Dos inquiridos, 60,6% dos homens e 84,1% das mulheres teve 0 ou 1 parceiro sexual mas, ao questionar se considera que o seu comportamento sexual o(a) coloca em risco de ser infetado por VIH ou outra IST, as mulheres são mais perentórias (91,0%) que os homens (87,2%). De acordo com os dados da nossa investigação constata-se também que os homens referem usar mais o preservativo (60,0%) e aceitavam ter sexo ocasional (50,8%), mesmo sem preservativo (20,0%).

Pode dizer-se que o perfil de comportamentos de risco sexual em contexto recreativo é diferente consoante o género, segundo os consumos de bebidas alcoólicas. Quando questionados se se proporcionasse ter sexo ocasional, os que não aceitavam tinham menor média de UBP ingeridas do que os que diziam que sim.

Um estudo realizado com indivíduos deste contexto específico, em Portugal, mostrou que a maioria dos jovens não se preocupava com a utilização do preservativo, pois 60% admitiu ter tido relações sexuais desprotegidas durante as festividades académicas. Cerca de 9% dos participantes que relataram não ter usado preservativo justificaram-no com o consumo de substâncias: álcool ou drogas (Azevedo et al., 2010).

De acordo com os dados nacionais de 2010, do relatório do estudo “*A saúde sexual e reprodutiva dos jovens universitários*” (Matos et al., 2012), a maioria dos jovens universitários afirmam não ter tido relações sexuais ocasionais; no entanto, dos que já o tiveram, os homens são quem mais o refere e, cerca de 35% da amostra, afirma já ter tido relações sexuais porque tinham bebido álcool demais. Destes, 34% refere nunca ter usado preservativo em todas as ocasiões, particularmente os homens.

Estes resultados são concomitantes com outras pesquisas. No estudo de Azevedo et al. (2010), aproximadamente 20% referiu ter tido relações sexuais com um ou mais parceiros casuais durante a semana académica. Quanto à não utilização de preservativo, 5,4% declarou não ter usado durante um dia ou mais. No estudo de Galhardo, Cardoso, e Marques (2006), com 500 estudantes do Ensino Superior de Coimbra, 12,7% afirma ter tido relações sexuais desprotegidas sob o efeito do álcool, sendo que 10,5% refere ter sido com um desconhecido. Na investigação de Oliveira (2008), com 696 estudantes da Universidade de Coimbra, 29% referiram ter tido ocasionalmente relações sexuais sob efeito de álcool ou de outras drogas e 1,9% referiram ter frequentemente relações sexuais sob efeito dessas substâncias, sendo este tipo de comportamento predominantemente masculino. Considerou-se que um número importante de estudantes (30,8%) desconhece a interferência do álcool no uso sistemático do preservativo, colocando-se assim em risco.

Ainda no estudo de Lomba et al. (2008), com 143 jovens que frequentam contextos recreativos em Coimbra, sendo 81,12% estudantes universitários, 64,52% teve relações sob efeito de álcool, 40,33% nunca ou quase nunca usou preservativo e 9,64% reconheceu não o ter usado por estar sob efeito de álcool e/ou outras drogas; de salientar que 14,69% teve relações sexuais devido ao consumo, das quais se arrependeu posteriormente.

5. Antes que te queimes pode contribuir para reduzir o consumo abusivo de álcool

Nos dados recolhidos aquando das intervenções “Antes que te Queimes” de 2007 a 2013, 51,7% (2751) dos homens e mulheres assumiam consumos nocivos. Mas a média dos consumos de bebidas alcoólicas (medidos por UBP) reportados pelos estudantes aconselhados têm-se mantido ao longo dos anos de intervenção. Através dos resultados obtidos, conclui-se que a maioria dos estudantes do ensino superior de Coimbra se

embriaga a maioria das noites das festas académicas que frequentam. Deste modo, demonstra-se que tanto os fatores psicossociais, onde estão incluídos os grupos de pares, como os sociodemográficos, nomeadamente o género, podem contribuir para o consumo abusivo de álcool nos estudantes do Ensino Superior.

Observou-se que existe algum défice de conhecimentos ao nível dos efeitos do consumo nocivo de álcool e da transmissão das IST's nomeadamente o HIV/SIDA. Quanto aos comportamentos adotados para a prevenção das mesmas, verificou-se que uma percentagem significativa dos estudantes inquiridos apresentam comportamentos de risco, como o não uso do preservativo na maioria das suas relações sexuais e múltiplos parceiros sexuais. Verificou-se, ainda, que uma percentagem significativa dos estudantes universitários aceitariam ter sexo ocasional, se este se proporcionasse, mesmo tendo um compromisso com outra pessoa. Apesar de não terem preservativo, alguns estudantes realizariam um comportamento sexual de risco. Conclui-se também que num período de seis meses, uma percentagem significativa dos estudantes universitários teve múltiplos parceiros sexuais. Mas uma percentagem elevada dos estudantes universitários avaliam os seus conhecimentos, sobre a sexualidade responsável, com níveis elevados.

Constata-se que o perfil de comportamentos em contexto recreativo são diferentes segundo o género. Os homens assumem consumos mais excessivos e com mais embriaguez, reportam mais comportamentos de risco associados e têm maior risco sexual. Por outro lado, as mulheres também reportam consumos nocivos e comportamentos de risco. O sexo feminino, pela sua vulnerabilidade biológica, são o alvo primordial nas intervenções “Antes que te Queimes”. O aconselhamento par-a-par visa conscientizar para o consumo reduzido nas mulheres devido ao fato de que as mulheres só têm 60% de água e produzem menos ADH, têm estrogénios e muitas utilizam contraceptivos orais (sobrecarga hepática). Saliencia-se ainda que, as mulheres alcoolizadas se tornam desinibidas sexualmente e mais vulneráveis a sexo não consentido.

De uma forma geral, conscientiza-se para que os participantes nas festas académicas conheçam os seus limites, através do cálculo da alcoolémia e assumam algumas medidas de prevenção da embriaguez como: não ingerir bebidas alcoólicas em jejum (3h); intercalar as bebidas alcoólicas com não alcoólicas (água e sumo); beber devagar; durante os jantares não esvaziar o copo; espaçar as bebidas (por exemplo, uma ou menos por hora); não entrar em rodadas ou competições; evitar os *penaltis*; preferir bebidas fermentadas em vez de destiladas; estabelecer um limite máximo de dinheiro a gastar por noite; e formar uma *equipa* de confiança, em que cada um olha pelos consumos do outro. Em relação à proteção sexual, durante as intervenções educativas, são feitas demonstrações da utilidade do uso do preservativo, sobretudo, o feminino.

É de realçar que, em sete anos, foram aconselhados 5481 jovens em intervenções “Antes que te Queimes”, realizadas durante as festas académicas de Coimbra, entre os anos de 2007 e

2013 (Festa das Latas e Queima das Fitas). Durante as intervenções par-a-par, no largo da Portagem, nas festividades académicas de Coimbra, os participantes procuram os jovens que fazem aconselhamento. Mas sabe-se que, por noite, em média, 20000 jovens frequentam estas festas. Ora, não se tratando de um inquérito epidemiológico, mas sim, de intervenções de promoção da saúde, consideramos que seria aconselhável aumentar o número de equipas para realizar as intervenções “Antes que te Queimes”, já que estas têm demonstrado boa aceitação por parte dos estudantes que procuram este serviço. Para aumentar o conhecimento sobre o custo-benefício desta intervenção, está em curso a avaliação de impacto.

Referências bibliográficas

- Agante, D. (2009). *Comportamentos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas durante as festas académicas nos estudantes do ensino superior* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Azevedo, V. M. F. S., Elias, A.S., Ferreira, A.S., Samorinha, A.C. & Maia, A. (2010). Comportamentos de risco durante o Enterro da Gata: realidade ou mito?. In *Atas do VII Simpósio Nacional de investigação em Psicologia* (pp. 1172-1186). Universidade do Minho, Portugal. Recuperado de http://www.actassnip2010.com/conteudos/atas/PsiSaude_11.pdf
- Brito, I., Mendes, F., Santos, M., & Homem, F. (2009, outubro). *Antes que te queimes: Educação pelos pares com tradição coimbrã*. *Revista Dependências*, 35-37.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Anttila, A., Arias, R., Bellis, M., . . . Zavatti, P. (2014). Enjoying the nightlife in europe: The role of moderation. Palma de Mallorca, Espanha: IREFREA.
- Galhardo, A., Cardoso, I., & Marques, P. (2006). Consumo de substâncias em estudantes do ensino superior de Coimbra. *Revista Toxicodependências*, 12(1), 71-77.
- Glindemann, K. E., Wiegand, D. M., & Geller, E. S. (2007). Celebratory Drinking and Intoxication. A Contextual Influence on Alcohol Consumption. *Environment and Behaviour*, 39(3), 352-366.
- Grácio, J. (2009). *Determinantes do consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes do ensino superior de Coimbra* (Dissertação de mestrado). Retirado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/13509>
- Lomba, L., Apóstolo, J., Loureiro, H., Graveto, J., Silva, M., & Mendes, F. (2008). Consumos e comportamentos sexuais de risco na noite de Coimbra. *Toxicodependências*, 14(1), 31-41.
- Matos, M. G., Reis, M., Ramiro, L., & Equipa Aventura Social. (2012). *A saúde sexual e reprodutiva dos estudantes universitários: Relatório do estudo: Dados nacionais 2010*. Recuperado de http://aventurasocial.com/arquivo/1356031665_V5%20Relatorio-Universitarios_protegido.pdf
- Oliveira, A. (2008). Preservativo, sida e saúde pública: factores que condicionam a adesão aos mecanismos de prevenção do VIH/Sida. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade.
- UNESCO. (2003). *Peer approach in adolescent reproductive health education: Some lessons learned*. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001305/130516e.pdf>

CAPÍTULO VIII

DESENVOLVIMENTO CONCEPTUAL SOBRE ENFERMAGEM: A TRAJETÓRIA DE PENSAMENTO DOS ESTUDANTES

MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA
MARÍLIA MARIA ANDRADE MARQUES DA CONCEIÇÃO E NEVES
HELENA CRISTINA DAS NEVES MIRA FREITAS

Os conceitos e proposições são alicerces da teoria, norteadores da prática, da pesquisa e da busca do saber-fazer da Enfermagem; assim sendo, assumiu-se o conceito de Enfermagem como fundamento da educação e formação disciplinar e profissional. Educar é capacitar pessoas para se situarem responsabilmente no mundo (Gomes & Casagrande, 2002). Conhecer as ideias, as imagens e noções que detêm os estudantes sobre a Enfermagem, perceber-lhes melhor o contorno concreto no dia-a-dia do seu projeto formativo e experiências de aprendizagem, insistir numa metodologia pedagógica que valorize a reflexão e discussão, são estratégias que capacitam o estudante a trabalhar com o específico da sua área de conhecimento e potenciam a formação de enfermeiros críticos, reflexivos face ao desenvolvimento da profissão e disciplina de Enfermagem. Considera-se que o ensino e a aprendizagem em enfermagem extrapolam o domínio técnico-científico da profissão, sendo permeável aos contextos social e profissional e à força presente nos conceitos aí veiculados. Deste modo, o processo formativo dos estudantes pode ocorrer associado aos conceitos de enfermagem pré-existentes, ou seja, às conceções por eles interiorizadas individualmente, influenciadas por uma exterioridade contextual de valores e práticas de acordo com a realidade social.

A enfermagem, enquanto fenómeno social, não deixa de ser objeto de uma representação pré-científica da disciplina e/ou da profissão, elaborada a partir de variadíssimas fontes que podem passar pelo que sobre ela se veicula, pela simples observação do que fazem os enfermeiros ou mesmo pela vivência de ter sido cuidado. O significado social da enfermagem alterou-se nos últimos anos, não só como resultado do desenvolvimento das ciências biomédicas e da diversificação do perfil de respostas desencadeado por novas necessidades em saúde, mas também como consequência da evolução do

conhecimento de e sobre a enfermagem e os enfermeiros, o que tem determinado novas concepções de enfermagem (Costa, 2007). O que importa é desvendar a estrutura e o funcionamento desses conceitos porque, tendo por base a perspectiva de Gomes e Casagrande (2002), só superando os obstáculos epistemológicos do pensamento preestabelecido (rutura epistemológica) é possível a (re)construção de um conceito no domínio de conhecimento da enfermagem. A consciência de que as concepções são relevantes no desenvolvimento de competências e na própria construção da identidade profissional motivou a investigação sobre a apropriação dos conceitos de enfermagem detidos pelos estudantes antes de iniciarem o seu estudo científico no âmbito da licenciatura, perspectivando a sua discussão futura no contexto formativo.

Um conceito é a imagem mental, um pensamento, uma noção ou uma ideia. Usamos a linguagem para expressar conceitos e assim atribuímos palavras para comunicar as nossas ideias. Foi justamente através da palavra que se procurou conhecer o conceito de enfermagem que os estudantes importavam e por isso se lhes pediu que respondessem de forma livre à questão *O que é para si a enfermagem?* quando dos estudos de caracterização dos estudantes que ingressaram na Escola (Freitas et al., 2008; Loureiro et al., 2005). Durante a licenciatura, os estudantes são alvo de um processo de socialização que os integra no seu papel de enfermeiro através da adoção de valores, padrões de comportamento e normas sociais que dão forma a um quadro de leitura da realidade e a um conjunto de conceitos e significados que são partilhados de forma consensual. O processo de produção de significados e de construção da realidade profissional é orientado não só pelas percepções, apreciações, juízos e crenças dos professores e supervisores da prática clínica mas, também, pela oportunidade que os estudantes têm de *pensar e fazer enfermagem*, adquirindo, desenvolvendo e contextualizando competências, articulando representações próprias e referenciais teóricos com a realidade, daí podendo resultar uma reorganização do conceito de enfermagem. Para se obter a essência de qualquer conceito é necessário analisar diferentes conceitos e compará-los (Freitas & Mendes, 2004), pelo que se procurou também analisar o conceito de Enfermagem na mesma população estudantil em final de curso (Neves et al., 2008).

1. A conceptualização da enfermagem pelos estudantes no início e final da licenciatura

Efetuiu-se um estudo descritivo transversal com abordagem qualitativa tendo como participantes a população estudantil do VI Curso de Licenciatura da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com amostras intencionais de 128 estudantes no 1º ano e

88 no 4º ano. Solicitou-se aos estudantes que respondessem de forma livre à questão aberta *O que é para si a enfermagem?* inserida em questionário auto preenchido, aplicado em sala de aula, no 1º dia no ano letivo 2004/2005 aos estudantes então no 1º ano do curso e posteriormente ao terminarem a licenciatura nas últimas semanas do ano letivo 2007/2008, quando os mesmos estudantes se encontravam no 4º ano (amostras não emparelhadas).

Seguiu-se uma estratégia *híbrida* para a análise do conceito de enfermagem expresso pelos estudantes. Assim, o *corpus* de informação submeteu-se a análise de conteúdo seguindo as etapas explicitadas por Bardin (2013), recorrendo-se simultaneamente à descoberta de unidades de análise, à identificação de ideias chave ou categorias e interpretou-se confrontando significados verbais e numéricos com os conceitos de enfermagem enunciados na literatura como sugere Meleis (2007).

Após uma leitura exploratória dos discursos produzidos pelos estudantes no 1º ano, pareceu despontar um conceito alargado da enfermagem, ou seja: articula perícia na prática, é dirigida não só à saúde do indivíduo, mas também à sociedade como um todo e está baseada em conhecimento. Apresenta ainda, uma dimensão moral que encaixa na maturidade pessoal exigida ao profissional de enfermagem. De um modo mais genérico a enfermagem foi considerada como “Uma ciência essencial para a humanidade através da qual se prestam os cuidados necessários para a saúde e o bem-estar de todos os cidadãos.”E₁₂₅ “... que fornece um elevado contributo à sociedade”E₆₄ constituindo “... uma grande responsabilidade que por vezes é subestimada”E₅₉. De forma mais concreta “É uma prestação de cuidados de enfermagem e de saúde a indivíduos no decorrer do ciclo da sua vida, desde o nascimento à morte”E₉₂.

A mesma conceção abrangente emergiu também nas palavras dos estudantes no 4º ano embora com maior objetividade na forma de expressão, como ilustram alguns discursos: “é a profissão que exige de cada um de nós uma forte componente científica, ética e humana que visa ajudar o outro, satisfazer as suas necessidades, atuando na prevenção primária, secundária e terciária”E₃₇, “É o procurar dar resposta às necessidades reais ou potenciais dos indivíduos, doentes ou não, das famílias e comunidades”E₄₁, “A profissão/arte/ciência que presta cuidados à pessoa durante todo o ciclo vital”E₁₄.

Novas leituras e análises ao conteúdo dos discursos permitiram a identificação progressiva das categorias e subcategorias mais significativas do discurso global. Em ambas as amostras, tornou-se perceptível uma organização do conceito de Enfermagem em torno de duas categorias fundamentais: uma que se reporta à *relevância social da profissão* e outra que aglutina as principais *dimensões da profissão* (cf. Tabela 1).

Tabela 1

Categorias e subcategorias mais significativas do discurso sobre o que é enfermagem 1º Ano no ano letivo de 2004/2005

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Frequência	
			1º ano	4º ano
Relevância social da profissão	Natureza da intervenção	Arte	-	19
		Promover a saúde	4	6
		Contributo para a saúde	17	2
		Tratar	7	3
		Reabilitação/readaptação	-	2
		Cuidar	11	38
		Promover autonomia/ independência	-	5
		Contributo para o bem-estar	34	2
	Âmbito da intervenção	Proporcionar qualidade de vida	2	2
		Ciclo vital	-	5
Situação saúde/doença		-	3	
Dimensões da profissão	Dimensão científica	Pessoa/família/comunidade	-	4
		Competências técnicas	2	1
	Dimensão relacional	Conhecimentos	6	16
		Proximidade	12	2
		Afeto	13	7
		Compreensão	2	2
		Humanismo	5	5
		Comunicação	1	3
		Interação	3	1
		Apoio	6	3
	Dimensão ética	Solidariedade	2	2
		Holismo	-	11
	Dimensão profissional	Ajuda	62	6
		Disponibilidade	1	-
		Serviço	4	-
		Responsabilidade	2	-
		Companheirismo	2	-
		Trabalho em equipa	3	-
		Empenho	1	-
		Dedicação	5	1
Vocação		4	-	
Prestígio		1	-	
Dimensão pessoal	Desemprego	-	4	
	Gratificante	3	-	
	Fascinante	3	-	
	Aprendizagem	6	-	
	Progresso	1	-	
	Realização	18	3	
	Sacrifício	-	1	

No que se refere à *Relevância social da profissão*, os discursos dos estudantes enfatizaram a Enfermagem como prática viva, surgindo indicadores de que a *Natureza* e o *Âmbito* da intervenção da Enfermagem têm marcado socialmente a profissão. No 1º ano, os estudantes consideravam que era a *Natureza da Intervenção* que a destrinça socialmente, contudo ao finalizarem a sua formação, no 4º ano, discriminaram também o seu *Âmbito* da intervenção em vários contextos, o que a transforma numa “Profissão muito complexa ...”E₃₄ e lhe confere relevância na sociedade.

No 1º ano, o *Contributo para o bem-estar* assomou como o indicador mais expressivo deste relevo social, tanto orientado para o indivíduo em particular, como para a sociedade em geral: “a enfermagem ... contribui para o bem-estar ... da sociedade”E₂₉, “... procura-se contribuir para o bem-estar das pessoas ...”E₆₄. Outro aspeto que emergiu nos discursos dos estudantes foi o *Contributo para a saúde*. Neste contexto, parece interessante salientar que, apesar destes estudantes estarem a iniciar a sua formação em enfermagem, já traziam conceções que ultrapassam uma enfermagem apenas dirigida para a homeostase biológica do ser humano, no sentido de se conseguir a cura ou o controlo da doença. Os seus discursos estavam essencialmente direcionados para a saúde, salientando que “A enfermagem ... contribui muito para a saúde das pessoas ...”E₁₂, no sentido de “... prestar cuidados de saúde a doentes e manter a saúde ...”E₄₉. Em suma, “É uma ciência essencial ... através da qual se prestam os cuidados necessários para a saúde e bem-estar de todos os cidadãos”E₁₂₅. Da mesma forma, outros estudantes colocavam a tónica principal da enfermagem em *promover a saúde*. Neste domínio realça-se a riqueza dos discursos dos estudantes, quando consideram que “enfermagem é uma atividade muito importante na saúde pública sendo mesmo indispensável ... maneira de ... proteger as pessoas necessitadas de cuidados de saúde”E₆₅, ou seja, “... promover a saúde dos cidadãos ...”E₇₁. Outros estudantes salientaram o conflito *tratar/cuidar*, tão patente nas discussões que têm vindo a ocorrer nas últimas décadas no seio da enfermagem: “O ato de tratar os doentes podendo fazer o máximo para que as dores/sofrimento do doente acalmem e fiquem melhor”E₁₁₀, “É o tratar, cuidar e facilitar a vida das pessoas na sociedade ...”E₇₆.

No 4º ano, os estudantes centralizaram a *Natureza da intervenção* da enfermagem no fenómeno de *Cuidar* assumido como *Arte* e que, como diz Watson (2002, p. 19) “... não pode ser explicado e compreendido com uma visão positivista, determinista e materialista”. É esta “Arte de estar connosco e com os outros prestando cuidados, atuando na prevenção, tratamento e acompanhamento ao longo do ciclo vital, dotando as pessoas de conhecimento e capacidades ‘para’ ...”E₈₄ que torna o cuidar relevante e que, ao cuidar, a enfermagem está a servir a sociedade.

As dimensões da profissão parecem também assumir um lugar de destaque na perspetiva conceptual dos estudantes, nas duas amostras. No início da formação parece emergir

um conhecimento empírico da profissão do qual sobressaem as *Dimensões Profissional e Relacional*, no final da formação mantém-se esta valorização e assume alguma notoriedade a *Dimensão Científica*.

Para os estudantes no 1º ano, evidenciou-se a Dimensão Profissional concebendo a enfermagem como “... uma profissão a ser exercida no sentido de ajudar os outros, da melhor forma”E₈ e esta ajuda parece ser o fio condutor da profissão, revestindo-se de diversas formas como ilustram estes discursos: “Ajudar com os conhecimentos, com rigor técnico ...”E₉; “Maneira de socorrer, ajudar, proteger as pessoas necessitadas de cuidados de saúde”E₆₅; “... para mim é ajudar e cuidar de todas as pessoas, ouvindo-as e sabendo tratar todos os seus problemas”E₆₃.

Esta característica distintiva da enfermagem surgiu articulada com a sua *Dimensão Relacional*, sendo concebida como “Uma profissão que requer muita humanidade em primeiro lugar.”E₁₀₂. Tendo por base Öhlén e Segesten (1993), esta conceção parece indiciar que os estudantes têm consciência da proximidade e dos aspetos intersubjetivos que implica a prática de enfermagem. Efetivamente há indicação expressa desta consciência por parte de alguns estudantes: “Dentro de todos os cursos de saúde, é aquele em que há maior proximidade com o doente”E₆₆; “A Enfermagem foi a profissão que me despertou bastante interesse devido à sua proximidade com os utentes”E₁₀₀.

Na verdade, foram a Proximidade e o Afeto os indicadores mais expressivos nos discursos conferindo, em conjunto, uma Dimensão Relacional à profissão que assim emerge como “A possibilidade de ajudar outras pessoas, dando-lhes além de cuidados clínicos, afetos e compreensão”E₃₀, “É ter sempre uma palavra amiga e carinhosa”E₆₃. Está assim corporizada a ajuda para estes estudantes, a razão porque enfermagem “É a profissão que faz a diferença no meio hospitalar ...”E₁₂₃ - “... permite que estejamos mais próximos dos problemas das outras pessoas, possibilitando-nos ajudá-las”E₁₂₄.

No 4º ano, ao finalizarem a sua formação, os estudantes inverteram a valorização que efetuaram face às *Dimensões Profissional e Relacional*. A enfermagem surgiu como “A profissão do cuidar, baseada numa vertente humanista ...”E₅₅, “A arte de cuidar bem do outro, dar apoio, atenção, carinho”E₈₇ na qual é necessário “... dar um pouco de nós a quem realmente precisa ...”E₈₅ colocando em evidência a Dimensão Relacional. Na Dimensão Profissional da Enfermagem sobressaiu o Holismo como indicador, sendo vista como “... o cuidar baseado na capacidade de ouvir e compreender o outro observando a pessoa como um todo ...”E₃₆, “... a prestação de cuidados tendo em conta a pessoa como um ser holístico”E₃₂.

A literatura relativa à enfermagem tende a restabelecer as origens da sua conceção a partir da proeminente Florence Nightingale e os cuidados de enfermagem têm sido realçados como sendo o seu cerne. Na visão contemporânea da profissão, os predicados profissionais, assim como o monopólio do conhecimento e da prática, são transformados

e definidos como um fenómeno relacional (Hellberg citado por Öhlén & Segesten, 1993). A enfermagem, neste contexto, teve inspiração nas aproximações com o conceito de arte e veio revolucionar a forma convencional de pensar e desenvolver o cuidado, assumindo uma postura humana, sensível face ao ser e ao viver. Alguns autores, como Kitson (1993) e Meleis (2007), defendem que a arte que se tornou invisível, não valorizada pela ciência, está pronta para se tornar visível pela via relacional, acreditando no poder que tem de resgatar o prazer de ser e fazer enfermagem, dando a perceber o seu valor e importância na sociedade. Realmente, este prazer de ser e fazer enfermagem emergiu, de forma antecipada, entre alguns estudantes no 1º ano, surgindo a enfermagem como “... uma forma de realização pessoal”E₂, “... um curso que tem uma grande capacidade de nos fazer sentir realizados profissional e pessoalmente”E₁₂, o que parece advir precisamente do facto de ser “... a profissão na área da saúde que se encontra mais próxima do próprio doente, o que a torna por isso mesmo estimulante”E₁₁, contribuindo para conferir uma *dimensão Pessoal* à profissão. Assim, desponta para alguns estudantes como uma profissão que permite realização pessoal, não só porque “... é uma maneira de fazer uma coisa de que gosto, de ajudar os outros, com a vantagem de poder vir a ser remunerado por isso”E₁₉, o que a torna gratificante, mas também porque se revela “Uma profissão de aprendizagem”E₁₇, já que “A enfermagem ensina-nos a ajudar e cuidar daqueles que necessitam”E₁₄.

No 4º ano esta valorização da *Dimensão Pessoal* parece diluir-se nas outras, sobressaindo as *Dimensões Científica* e *Profissional* cujos indicadores *Conhecimentos* e *Holismo* objetivam as aspirações iniciais, conduzindo os estudantes a uma conceção mais abrangente da enfermagem como “Uma área do saber que se baseia no cuidar e na relação empática e terapêutica com o doente”E₆₇, um misto de “... profissão/arte/ciência que presta cuidados”E₁₄ “... de excelência e qualidade à pessoa/família/comunidade”E₃₁.

A conceção dos estudantes à entrada na licenciatura parece refletir uma alteração face à representação que existia da enfermagem e que estava essencialmente relacionada com o tratar de doentes. Segundo Abreu (1997), um dos setores socioprofissionais mais relevantes, pela importância que assume na assistência ao utente é a enfermagem, e a análise sociológica permite concluir que é uma das profissões cuja trajetória identitária mais se tem transformado, num processo contingente e estratégico, na conquista de autonomia profissional e na valorização crescente das diferentes dinâmicas de formação. No processo de (re)configuração identitária, a formação tem ocupado um estatuto de relevo, na medida em que facilita a visibilidade dos saberes específicos da profissão e traduz o processo de problematização das práticas profissionais, fundamentais para a demarcação social e científica da profissão (Abreu, 1997). Sabe-se que a enfermagem como disciplina e profissão, está numa fase de grande desenvolvimento e não tem sido indiferente à escala de mudanças que se têm operado nas últimas décadas a nível da sociedade em geral, no que se refere à evolução das tecnologias, à transformação e inovação dos contextos e, especificamente, à transição para outros paradigmas, onde impera a interação, a imprevisibilidade e a

complexidade. Como disciplina e profissão, que tem como alvo de intervenção a pessoa, a enfermagem é considerada uma profissão complexa atendendo a que os fenómenos de enfermagem fazem parte integrante da teia da vida, dos acontecimentos do mundo e, são as situações de vida, transversais à existência humana (desde o nascimento até à morte), enquanto respostas das pessoas à situação de saúde/doença e às próprias situações de vida, que hoje colocam grandes desafios à investigação e à prática de enfermagem.

Ao finalizarem a licenciatura os estudantes deixam transparecer uma compreensão da enfermagem como “Profissão que exige de cada um de nós uma forte componente científica, ética e humana que visa ajudar o outro, satisfazer as suas necessidades, atuando na prevenção primária, secundária e terciária”E³⁷.

Estes resultados evidenciaram uma maturação conceptual sem alteração da representação do conceito de enfermagem durante o curso, ressaltando a sua organização em duas categorias: Relevância social da profissão e Dimensões da profissão. No 1º ano a Enfermagem foi considerada pelos estudantes uma profissão de ajuda, com grande relevância social porque contribui de um modo singular para o bem-estar das pessoas. No 4º ano sobressaiu o cuidar transformado em arte que lhe confere um conhecimento próprio e dá relevância social.

2. Os *significados* do conceito de Enfermagem

Todos os conceitos têm uma história e componentes vindos de outros conceitos, tendo a sua formação por base uma multiplicidade de situações e as mais variadas fontes e, dentro dessas diferentes visões, passam a ter os seus significados. Nesse sentido afirma-se que, ao definir um conceito, procuram-se um conjunto de significados e significantes. Os significantes consistem na forma linguística utilizada para expressar a imagem mental geral; os significados referem-se à compreensão das propriedades gerais do conceito, são a sua essência. O sentido das palavras tem uma certa ligação com a história ou origem do conceito, considerando-se as palavras como símbolos cujos significados são estabelecidos pelo uso, costume ou por associação. Apesar da diversidade nos significados dos conceitos, é inegável que a sua finalidade os torna alicerces da experiência, da trajetória do conhecimento e podem facilitar a construção de outros conceitos (Freitas & Mendes, 2004).

Para compreender a natureza da enfermagem, Rodgers (1989) elaborou o estudo do seu conceito com uma visão evolucionária, apresentando três influências distintas no seu desenvolvimento que denominou de *significado*, *uso* e *aplicação* do conceito. O conceito adquire *significado* através do seu uso e aplicação a cada situação no tempo, influenciado por fatores internos e externos que ampliam, refinam e caracterizam, adequadamente, esse conceito. O *uso* do conceito expressa a maneira pela qual é aplicado em situações

apropriadas, expressando atributos essenciais relevantes pela linguagem nas suas diversas naturezas. A *aplicação* revela-se quando um conceito está associado ao uso em particular e cuja compreensão se difunde na interação social. Walker e Avant (2005), num procedimento similar e com base nos trabalhos de Wilson (filósofo e pedagogo inglês), sistematizaram a análise de conceitos propondo a exploração dos seus significados através de algumas etapas, ocorrendo por vezes em simultâneo: a identificação dos usos do conceito; determinação dos seus atributos ou características que o definem; definição de referências empíricas, isto é, o que torna o conceito observável; identificação de antecedentes e consequentes da existência do conceito.

Para além de se conhecer o conceito de enfermagem detido pelos estudantes ao iniciarem a licenciatura procurou-se compreendê-lo e clarificá-lo. A metodologia tradicional de Walker e Avant (2005) emergiu como estratégia para atingir este propósito uma vez que contribuiria para identificar o núcleo conceptual dos estudantes sobre a Enfermagem e clarificar a sua natureza, as suas propriedades, os aspetos mais consistentes e eventualmente emergentes no seu uso. Portanto, usou-se esta técnica de análise para o estudo do conceito de enfermagem dos estudantes do que ingressaram no 1º Ano no ano letivo de 2007/2008. A metodologia de recolha de informação foi idêntica à dos estudos anteriores, com questão aberta *O que é para si a enfermagem?* inserida em questionário auto preenchido, aplicado em sala de aula durante a primeira semana do Curso de Licenciatura, obtendo-se uma amostra de 243 estudantes. Para analisar o *corpus* de informação resultante das respostas seguiram-se as etapas propostas, por vezes em simultâneo:

- Identificação dos usos do conceito: numa leitura exploratória dos discursos procuraram-se as aplicações do conceito através de palavras-chave mais utilizadas pelos estudantes ao referirem-se ao fenómeno Enfermagem;
- Determinação dos atributos definidores: novas leituras e análises ao conteúdo dos discursos visaram a identificação progressiva de características discriminatórias do conceito. Ou seja, constituindo os atributos uma definição real procurou-se identificar os que são mais frequentemente associados com o conceito, nos mais distintos contextos possíveis;
- Definição de referências empíricas: nas sucessivas leituras procurou-se identificar referências empíricas para os atributos definidores, isto é, palavras ou expressões que evidenciem ou demonstrem a ocorrência do conceito;
- Identificação de antecedentes e consequentes: simultaneamente pretendeu-se também vislumbrar antecedentes e consequentes do conceito, como sejam circunstâncias, motivações ou expectativas associadas à priori e posteriori à Enfermagem.

A leitura exploratória dos discursos dos estudantes revelou um conceito de enfermagem cujo quadro de referências contém significados científicos, éticos, práticos e estéticos: "(...) é uma ciência, uma técnica, uma profissão e acima de tudo uma arte de cuidar do

outro.”^{E187}, sendo evidente o seu desenvolvimento e o compromisso forte com o cuidar em diferentes contextos “... é uma disciplina detetora de conhecimento próprio e uma profissão baseada no cuidar do ser humano, são ou doente, em todas as fases do ciclo vital, nas situações problemáticas relacionadas com a saúde mental, física e psicossocial.”^{E112} e em sentido amplo “... é a profissão ou a disciplina ... cujos objetivos são, perante os utentes, motivar e auxiliar na saúde, fazendo com que o utente seja autónomo e independente.”^{E168}.

Estes aspetos conceptuais encerram os usos mais frequentes do conceito, perceptíveis após novas leituras e análises ao conteúdo dos discursos que permitiram concomitantemente a identificação progressiva dos respetivos atributos e simultaneamente tornaram visíveis as expressões indicadoras dessas perceções (cf. Tabela 1).

Tabela 1

Categorias e subcategorias mais significativas do discurso sobre o que é enfermagem nos estudantes do 1º Ano no ano letivo de 2007/2008

Usos	Atributos	Referências	Antecedentes Consequentes
Profissão f = 103	Ajuda na saúde f = 95	Bem-estar das pessoas	Bonita
		Manutenção da saúde	Gratificante
		Recuperação da doença	Vocação
	Prestação de cuidados/serviços f = 45	Restabelecer capacidades físicas e psicológicas	Dedicação
		Compreensão do sofrimento (compaixão)	Espírito de missão
		Cuidados preventivos	Espírito humanitário
	Ajuda na doença f = 36	Cuidados curativos	Realização pessoal
		Integração no meio social	Exigente
		Aconselhamento	Prestígio
	Utilidade social f = 24	Apoio	Desgaste
		Contacto permanente com pessoas	Orgulho
		Salvar vidas	Compensadora
	Humanismo f = 12	Solidariedade com os outros	
Educação para a saúde			
Qualidade vida das pessoas			
Relação f = 10	Promoção da independência das pessoas		
	Satisfação de necessidades fundamentais das pessoas		
	Exercida por profissionais		
	Proximidade ao utente		
		Responsabilidade	

Curso f = 14	Base humanitária f = 9	Conhecimentos científicos Lida com a vida e morte Intervenção na saúde e na doença	Expectativas formativas Curso interessante Formar profissionais da saúde
	Base técnica f = 6	Componente prática Saber ser, estar, fazer Intervenção ao longo do ciclo vital	Preparar para um papel importante na sociedade Realização profissional
	Base científica f = 4	Prestação variada de cuidados Licenciatura reconhecida Aprender a cuidar	
	Ensino Superior f = 1	Formar profissionais de saúde Ensino dos cuidados de saúde	
	Área Saber f = 8	Ciência f = 7 Disciplina f = 3	Estudo de formas de ajuda Conhecimento próprio sobre cuidar
Arte f = 3	Cuidar f = 3	Ouvir o outro Afeto pelo próximo (carinho, entrega)	Entrega Disponibilidade

O uso de um conceito é a maneira comum pela qual ele obtém significado. Para estes estudantes a Enfermagem adquiria significado sobretudo através do aspeto profissional, do que é observável e conhecível, registando-se com maior frequência a utilização explícita do termo profissão para se referirem à Enfermagem. Este uso do conceito transportava consigo atributos discriminatórios da profissão no âmbito das profissões da saúde, sendo evidente que “É uma profissão que visa ajudar os outros tanto nos momentos de doença como nos de saúde”^{E30}, que “É uma profissão essencial para a prestação dos cuidados básicos de saúde à população”^{E61} o que lhe confere um estatuto de “... profissão com muito valor na sociedade e que tem um grande potencial de solidariedade”^{E146}. O carácter humanitário e de relação assumem-se também como aspetos que destrinçam a Enfermagem, que surgia como uma profissão que “Tenta dar respostas humanas aos processos de saúde humano através de um contacto permanente com o doente”^{E22}.

A Manutenção da saúde, a Recuperação da doença, o Restabelecer capacidades físicas e psicológicas, a Promoção da independência das pessoas e a Satisfação de necessidades fundamentais das pessoas surgiram como Referências que evidenciavam estes atributos da profissão e permitem compreender porque é que a “Enfermagem é uma das profissões responsáveis pelo bem-estar da sociedade”^{E154}. Outras referências encontradas nos discursos dos estudantes, como a Compreensão do sofrimento, o Aconselhamento e o Apoio demonstram que a Enfermagem “É uma profissão de relação interpessoal e de ajuda aos outros”^{E95}.

Neste enquadramento conceptual a Enfermagem “É uma profissão de entrega e sacrifício que nos permite auxiliar e melhorar a qualidade de vida das outras pessoas”^{E75}, pelo que alguns estudantes aludiam à Vocação, à Dedicção, ao Espírito humanitário e de missão como Antecedentes mas com Consequentes de Realização pessoal e de Prestígio que a tornam uma profissão Gratificante e Compensadora apesar de Exigente e Desgastante.

Nas sucessivas leituras efetuadas aos discursos dos estudantes começaram a emergir outros usos menos frequentes, mas com alguma consistência e significado conceptual:

- Como “curso” tem atributos de Base científica, técnica e humanitária, já que “... exige uma grande base científica, técnica e humanitária”^{E1}, tal como pressupõe a formação inserida no Ensino Superior. As Referências percecionadas relacionam-se com o Ensino dos cuidados de saúde e com o Aprender a cuidar que revertem na Formação de profissionais de saúde capazes de Intervir na saúde e na doença, ao longo do ciclo vital através da Prestação variada de cuidados. Estas perceções geram expectativas formativas que funcionam como Antecedentes e lhe conferem um estatuto de “Curso de grande utilidade social e pessoal”^{E188} com Consequentes de Realização pessoal e profissional como ilustra o discurso deste estudante: “É um curso superior que me vai permitir desempenhar um papel importante na sociedade como profissional de saúde”^{E144}.

- Como área de saber que “... estuda o modo e a maneira de melhor ajudar os outros quando estão em dificuldade”^{E31} é discriminada como ciência e como disciplina. Estes atributos advêm de referências ligadas ao Estudo de formas de ajuda, sobretudo porque é uma “ciência que estuda os comportamentos, sentimentos e emoções em relação interação paciente/enfermeiro”^{E141} e relacionadas ao Conhecimento próprio sobre cuidar que conduzem à percepção de que “É uma disciplina detetora de conhecimento próprio e uma profissão baseada no cuidar do ser humano”^{E111}. Espera-se que o seu Contributo para a saúde e Prevenção de doenças, que derivam em Benefício da sociedade sejam os Consequentes da Enfermagem enquanto área de saber. Neste sentido Meleis (2007), define que o domínio do conhecimento é o ponto crucial de uma disciplina, entendendo, por disciplina, um modo distinto de ver o fenómeno tendo em conta os limites e natureza da sua investigação.

- Enquanto Arte tem como único Atributo a capacidade de “... cuidar do outro, comunicar com ele eficazmente e contribuir para o seu bem-estar físico e psicológico”^{E186}, evidente em Referências como o “... saber ouvir, saber como dar resposta ...”^{E137}, na “...simpatia, disponibilidade, um sorriso, um olhar no momento certo, uma palavra amiga de conforto”^{E180}, naquele “...saber como cuidar da melhor forma com carinho, devoção e entrega.”^{E12}. A Entrega e a Disponibilidade assomam como Antecedentes desta arte. Este saber como cuidar no momento certo e da melhor forma também é abordado por Lopes referindo que “O cuidado de Enfermagem é artístico em si mesmo porque é criativo por natureza.” (2006, p. 73).

Em síntese, o conceito de Enfermagem é Usado sobretudo como Profissão, Curso, Área de saber e Arte, discriminado por Atributos de Ajuda na saúde e doença, Prestação de cuidados/serviços, Utilidade social e Humanismo, assente em Preparação científica, técnica e humana baseada em Ciência e Disciplina própria e caracterizada pelo Cuidar. As suas referências empíricas assentam no aprender a arte de cuidar ao longo do ciclo vital, na saúde e doença, proximidade e afetividade com o outro, bem-estar e qualidade de vida das pessoas. Como antecedentes e consequentes sobressaem a vocação, a dedicação, a realização pessoal e o prestígio.

Parece interessante salientar que, apesar destes estudantes estarem a iniciar a sua formação em enfermagem, já são portadores de concepções que excedem uma Enfermagem apenas direcionada para a cura ou o controlo da doença do ser humano, estando os seus discursos direcionados para a saúde com um ênfase acentuado no processo relacional. Esta ideia é bem ilustrada por alguns discursos: “É muito mais que prestar cuidados aos doentes, passa pela relação que se estabelece com as pessoas, não basta ter conhecimentos científicos, é também necessário ter boa relação com o doente”^{E237}; “Não é só ajudar as pessoas a tratar das feridas ou doenças, é também ajudá-las psicologicamente, compensando-as na ausência da família e em algumas situações mais constrangedoras”^{E210}. Deste conceito apropriado pelos estudantes ressalta a compreensão do desenvolvimento da prática de enfermagem, daí a conceituação centrada na profissionalização, assente na visão contemporânea do seu crescente impacto na sociedade.

3. Tecendo algumas reflexões...

Em todos os estudos realizados despontaram concepções reveladoras da compreensão do desenvolvimento da prática de enfermagem, centrada na profissionalização, baseada numa visão contemporânea do seu crescente impacto na sociedade. Acompanha a trajetória identitária da enfermagem como disciplina e profissão cujos atributos são definidos como um fenómeno relacional, assumindo uma postura humana. A arte que se tornou invisível, não valorizada pela ciência, torna-se visível pela via relacional dando a perceber o seu valor e importância na sociedade através do fenómeno do cuidar (Kitson, 1993; Watson, 2002; Meleis, 2007).

A perspetiva abrangente evidenciada nas palavras dos estudantes não está distanciada do enquadramento conceptual veiculado pela Ordem dos Enfermeiros, no qual a enfermagem é concebida como uma disciplina que tem como *objeto* o ser humano e, uma profissão na área da saúde que, segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, tem como “... objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham,

melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (Decreto - Lei nº 161/96, p. 2960).

Enquanto profissão, estes estudantes revelaram uma tendência para conceituar a enfermagem assente no fenómeno relacional, adotando uma postura humana orientada para a pessoa e cuidados de manutenção da saúde. De acordo com Lopes (1999) este pendor conceptual insere-se no Paradigma da Integração, o qual influenciou a orientação da enfermagem para a pessoa, em que o grande objetivo dos cuidados de enfermagem era a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões. É, novamente, uma conceção de profissão concordante com a da Ordem dos Enfermeiros: “O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas” (2003, p.145) na qual surge evidenciada a relação interpessoal do enfermeiro como o ponto fulcral do exercício da profissão.

Os estudantes mostraram um conceito de enfermagem que se aproxima do cuidar profissional defendido por Watson (2002), ou seja, é um cuidar que mantém a herança dos valores humanos e determina uma prática humanista, que requer envolvimento pessoal e comprometimento para com os outros e a sociedade, mas é também um cuidar que envolve conhecimento não só sobre o processo saúde/doença como sobre o comportamento humano, individualmente ou em grupos, ao longo do ciclo vital. Este processo de cuidar traduz-se na proteção, preservação da saúde e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, famílias, comunidades através de atos humanitários significativos que contribuem para a preservação da humanidade. Parecem interiorizar já à priori algumas das características que Costa (2007) menciona como diferenciadoras do cuidar de enfermagem face a outros tipos de cuidados, nomeadamente: a sua finalidade, a sua intencionalidade e a sua especificidade, uma vez que há reconhecimento por parte dos estudantes que é um cuidar que se destina a manter e a desenvolver nas pessoas saúde, conforto e bem-estar através de um conjunto de saberes organizados e próprios da profissão; o seu grau de complexidade no agir profissional, com referência ao suporte e à ajuda às pessoas como característica essencial do agir técnico e relacional em enfermagem. É assim uma conceção que valoriza o saber agir profissional não confinando o cuidar ao saber fazer, parecendo mesmo haver uma evolução conceptual consistente desta noção de cuidar ao longo do curso. Num estudo desenvolvido por Simões (2008) os resultados revelaram igualmente que os estudantes no terminus do curso atribuíam à enfermagem o conceito de cuidar considerando a dimensão relacional como competência fundamental para prestar cuidados de enfermagem.

Começa a surgir um entendimento conceptual da enfermagem enquanto área de saber em desenvolvimento e disciplina em afirmação social com reconhecimento académico. Estes estudantes parecem partilhar a emergente mudança na representação social da enfermagem, com reconhecimento do nível de formação académica e profissional dos

enfermeiros que tem vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente, tal como é expresso no Decreto-lei nº 104/98. Aí é também afirmado que “... os enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem ...” o que se traduz “... na assunção das mais elevadas responsabilidades nas áreas da conceção, organização e prestação dos cuidados de saúde proporcionados à população ...” tendo por base o desenvolvimento induzido pela investigação que “... tem facilitado a delimitação de um corpo específico de conhecimentos e a afirmação da individualização e autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde.” (Decreto-lei nº 104/98, p. 1739).

Compartilhando a ideologia de que os conceitos nos ajudam a saber o que se espera que façamos, dando-nos conjuntos de classificações que usamos para criar uma compreensão partilhada da enfermagem (Kitson, 1993), que os saberes são pragmáticos e partilhados por uma comunidade de pertença (Costa, 2007), e que a educação e a formação em saúde são espaços de produção e aplicação de saberes num ciclo permanente de ensinar e de aprender (Pereira, 2003), assume-se que conhecer e refletir sobre a evolução conceptual de enfermagem detida pelos estudantes é fundamental para o desenvolvimento das suas competências e da sua identidade profissional. É hoje consensual que educar não significa simplesmente transmitir e adquirir conhecimentos, reconhecendo-se que é através da educação que as novas gerações adquirem os valores profissionais e reproduzem ou transformam os códigos sociais de cada profissão (Pereira, 2003).

Gomes e Casagrande (2002) consideram que o desafio que se coloca ao ensino superior é a formação de profissionais flexíveis e críticos, aptos para a inserção em diferentes setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da profissão e da sociedade. No compromisso com uma educação que atenda a estes pressupostos e promova o desenvolvimento da competência reflexiva dos estudantes, considera-se que o processo de ensino e de aprendizagem poderá conduzir o seu desenvolvimento conceptual de enfermagem orientado para a reflexão sobre os elementos fundamentais da tradição, tecida ao longo do tempo e da história, mas estimulando o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo como fatores essenciais para o processo de construção da realidade profissional.

Referências bibliográficas

- Abreu, W. (1997). Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. In R. Canário (coord.), *Formação e situações de trabalho* (pp. 147-168). Porto, Portugal: Porto Editora.

- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Costa, A. (2007). *Aprender a cuidar: Consonâncias e dissonâncias de um binómio desafiante: Coletânea do projeto ICE (Investigação científica em enfermagem)*. Recuperado de <http://ice-mac.org/pdf/colectanea/4.pdf>
- Decreto-Lei nº 161/96 de 04 de Setembro. *Diário da República nº 205/96* - I Série A. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril. *Diário da República nº 93/98* - I Série A. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Freitas, H. C. N. M., Brito, I. S., Carrageta, M. C. M., Pedroso, R., Amado, R., Melo, R., . . . Neves, M. (2008). *Caracterização dos estudantes da ESEnfC*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Freitas, M. C. & Mendes, M. M. (2004). A dimensão do conceito em Deleuze e na enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(1), 128-133.
- Gomes, J.B. & Casagrande, L. D. R. (2002). A educação reflexiva na pós-modernidade: Uma revisão bibliográfica. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(5), 696-703.
- Kitson, A. (1993). *Nursing: Art and Science*. London, England: Chapman & Hall.
- Lopes, M. J. (1999). *Conceções de Enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações*. Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: Proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra, Portugal: Formasau, Formação e Saúde.
- Loureiro, C., Freitas, H., Carrageta, C., Leitão, M., Neves, M., Vidigueira, P., . . . Pedroso, R. (2005). *Caracterização dos estudantes da ESEBB: Relatório*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development & progresso* (4ª ed.). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Neves, M., Carrageta, C., Freitas, H., Amado, R., Brito, I., Lopes, R., . . . Pedroso, R. (2008, outubro). *Conceptualização da enfermagem pelos estudantes no início e final da licenciatura*. Apresentado no evento 10ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem: Da produção à utilização, Porto - Portugal.
- Öhlén, J., & Segesten, K. (1993). Professionalization: Theoretical analysis of the implications for nursing practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 8(1), 3-8.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Conselho de enfermagem: Do caminho percorrido e das propostas*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Pereira, A. L. F. (2003). As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(5), 1527-1534.
- Rodgers, B. (1989). Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: The evolutionary cycle. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 330-335.

- Simões, A. J. C. (2008). *Motivações e expectativas profissionais dos estudantes de Enfermagem: Estudo numa escola da área de Lisboa (Dissertação de mestrado)*. Universidade Aberta, Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1229/1/Motiva%20e%20expectativas%20Profissionais%20dos%20Estudantes%20de%20En.pdf>
- Walker, L. & Avant, K. (2005). *Strategies for theory construction in nursing* (4ª ed.). London, England: Prentice Hall.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar: Uma teoria de enfermagem*. Camarate, Portugal: Lusociência.

CAPÍTULO IX

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS RELACIONAIS E DESEMPENHO ACADÊMICO

ROSA CÂNDIDA CARVALHO PEREIRA DE MELO
ROSA CRISTINA CORREIA LOPES
HELENA CRISTINA DAS NEVES MIRA FREITAS

Uma das muitas preocupações que marca a atualidade do ensino em enfermagem prende-se, entre outros aspetos, com um ensino que promova o desenvolvimento dos estudantes, não só em áreas específicas do saber mas, igualmente, ao nível do desenvolvimento pessoal e interpessoal enquanto elementos fundamentais na formação dos enfermeiros, capazes de desempenharem funções de forma adequada em contextos de grande imprevisibilidade. O reconhecimento da importância de um relacionamento interpessoal adequado leva a uma ação intencional das instituições de ensino no âmbito do desenvolvimento de competências relacionais, tendo o professor um papel importante enquanto agente, competindo-lhe assumir a responsabilidade de contribuir para que o estudante atinja o seu pleno desenvolvimento.

Apesar de, no ensino superior de enfermagem, a filosofia ser humanista, constata-se, com algum desencanto, que alguns enfermeiros, nomeadamente os recém-formados, no desempenho das suas funções, apresentam défice de competências, especialmente nas de carácter relacional, levando a queixas de desumanização dos cuidados de enfermagem. As queixas dos doentes, normalmente, centram-se nos seguintes aspetos: pouca atenção que lhes é concedida, falta de sensibilidade perante o seu sofrimento físico e psicológico e a ausência muito frequente de disponibilidade real para serem ouvidos (Phaneuf, 2005). A este respeito, Osswald (2000) acrescenta que no hospital, muitas vezes aliada à frieza do ambiente físico, se junta a frieza do contacto humano. Assim, questionamo-nos por que é que esta situação de desumanização dos cuidados de enfermagem ainda continua a verificar-se, apesar de, nas escolas de enfermagem, o termo, Relação de Ajuda constituir uma palavra-chave na formação da enfermagem. Haverá alguma lacuna no processo formativo? Será que o desenvolvimento das competências pessoais e sociais tem influência na qualidade do cuidar em enfermagem?

Podemos tentar encontrar várias respostas, mas responder de forma consistente a estas questões implica questionar todo o processo formativo e de desenvolvimento de competências pessoais. Ao longo deste capítulo iremos refletir sobre a essência dos cuidados de enfermagem e as evidências que emergem da práxis, interligando com o desenvolvimento de competências pessoais e sociais e o desenvolvimento das competências em enfermagem. Analisaremos também o contributo do modelo reflexivo no ensino de enfermagem e a sua implicação no sucesso académico e profissional.

1. Competências relacionais

A essência dos cuidados de enfermagem está centrada na relação interpessoal estabelecida entre enfermeiro e pessoa que necessita de cuidados. Esta premissa está bem patente na definição de cuidados de enfermagem presente nos documentos emanados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e que regulamentam a profissão de enfermagem, concretamente nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, que consideram que a competência para o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). (...) Assim, no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem (OE, 2002, 2004).

"A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel." (OE, 2002, p. 10)

A aquisição destas competências é considerada como um processo evolutivo, e tal como escreveu Benner (2001), em *De Iniciado a Perito*, este desenvolve-se segundo vários estádios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. É certo que a competência profissional em enfermagem inclui os aspetos clínicos e técnicos, mas é o aspeto relacional que a completa. Este desenvolvimento da competência profissional só será atingido através da aquisição de um certo desenvolvimento da competência pessoal (Phaneuf, 2005).

Deste modo, podemos afirmar que a base da competência profissional em enfermagem está, em primeiro lugar, nas qualidades pessoais do enfermeiro, na personalidade do enfermeiro, que é determinante para a aquisição de formação e experiência. A competência

em enfermagem comporta dois aspetos essenciais: a mobilização das competências pessoais e a mobilização dos saberes e saber-fazer aplicados aos cuidados em enfermagem (Phaneuf, 2005).

Também Roach (citado por Crossetti, Buógo, & Kohlausch, 2000) ao abordar a profissionalização do cuidado, salienta a importância do cuidador se conhecer a si mesmo, enquanto ser que tem existenciais manifestos por medo, alegria, afetividade, ansiedade, preocupação, entre outras. Quando identificados em si promovem a habilidade e a qualidade em cuidar. Quanto mais e melhor o cuidador se conhece, melhor cuidará. Deste modo, o conhecimento de si (reconhecer os seus limites, reconhecer as suas emoções, trabalhar as emoções), o respeito pelo outro, a distância relacional, a abertura de espírito, a atitude e posicionamento profissional, a escuta, a invenção e a criatividade são competências indispensáveis à qualidade da intervenção de enfermagem (Benrerbia et al., 2007).

Com base numa abordagem clínico-reflexiva de matriz ecológica, Alarcão e Rua (2005) são de opinião que a competência profissional é resultado de um conjunto de micro-interações: com o próprio (interação intrapessoal), com os outros (interação interpessoal) e com os saberes na sua relação de interatividade (interação multidisciplinar). Hesbeen (2001, p. 68) defende que “a qualidade dos cuidados será fortemente marcada pelas atitudes e pelos comportamentos de quem cuida” e que o desempenho profissional competente requer um saber mobilizar, integrar e transmitir os conhecimentos adquiridos no âmbito da formação. Salienta também que a experiência profissional assume importante relevância, sobretudo em contextos de trabalho, bem como os conhecimentos provenientes da vivência pessoal do enfermeiro.

Concretamente em enfermagem, o saber-fazer incorpora em si o saber-fazer relacional (Dias 2006; Hesbeen, 2000). Assim, os cuidados de enfermagem, considerados como a atenção particular disponibilizada à pessoa em situação de ajuda, são desenvolvidos essencialmente através da relação interpessoal, o que exige ao enfermeiro competências complexas, centradas nos princípios humanistas (unicidade, tendência atualizante, autonomia, evolução) e de relação de ajuda (aceitação, autenticidade, empatia, respeito caloroso, congruência e escuta; Lazure, 1994). Le Boterf (2002) sustenta que a competência não se restringe ao saber mobilizar conhecimento, mas é um saber mobilizar no contexto, na situação e em tempo adequado, as capacidades e os conhecimentos que foram adquiridos através da formação e da experiência, um saber organizar e um saber selecionar, o que pressupõe a integração no sentido da evolução da situação de trabalho e um saber antecipar, o que pressupõe a previsão ou estimativa de consequências. Le Boterf (1994, p. 133) define ainda saberes-fazer relacionais como “um conjunto de capacidades que permitem uma cooperação eficaz com os outros, capacidade de escuta, negociação, trabalho de grupo e comunicação”. Dias (2006) argumenta que os

saberes-fazer relacionais designam capacidades úteis para se comportar ou conduzir em contexto profissional e a sua função consiste em saber trabalhar em grupo. Beaujolin (1999) acrescenta que os saberes-fazer relacionais são um tipo de saberes profissionais mobilizados em situação de trabalho, em conjunto com os saberes estratégicos, teóricos, metodológicos e saberes-fazer profissionais.

Na verdade as diferentes características da personalidade do enfermeiro não são inatas e, na opinião de Hesbeen (2000), elas podem ser descobertas progressivamente por cada estudante ou profissional. A complexidade da formação reside essencialmente no desenvolvimento de capacidades que permitam o encontro profissional entre um prestador de cuidados, detentor de capacidades, de competência para prestar uma ajuda adequada, e um beneficiário de cuidados que necessita de ajuda, através da adequada dose de atenção (o que faz dela uma atenção particular).

2. Evidências da prática de enfermagem

Apesar da essência da enfermagem estar centrada na relação interpessoal entre quem cuida e a pessoa que necessita de cuidados (OE, 2002, 2004), alguns estudos evidenciam que os enfermeiros têm uma maior orientação para os aspetos técnicos, em detrimento das habilidades ligadas ao toque, ao olhar, à escuta e à forma como comunicamos com as pessoas que estão em situação de vulnerabilidade (Melo, 2014; Simões 2014). Segundo Melo (2014) este facto pode indiciar uma proteção e fuga ao sofrimento do outro conduzindo a uma relação mais superficial e de não comprometimento.

Constata-se que esta situação de relacionamento superficial e sem intencionalidade se verifica também em enfermeiros recém-formados, como evidencia o estudo desenvolvido por Madeira e Lopes (2007) sobre as necessidades de formação dos enfermeiros de uma unidade de internamento de medicina de um hospital central de Lisboa. Neste estudo, a amostra era constituída maioritariamente por enfermeiros com tempo de exercício profissional inferior a três anos, tendo as autoras concluído que a natureza da relação estabelecida com o utente/família era mais de caráter social do que propriamente de ajuda, e que, a comunicação ocorria meramente aquando da realização de um procedimento, constatando que apenas alguns enfermeiros recorriam à privacidade do utente durante a realização destes procedimentos.

As autoras salientam que esta situação pode estar relacionada com: a rotinização de tarefas, a dependência (física, psicológica e social) das pessoas alvo dos cuidados, a orientação para a patologia e a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros. Nesta sequência, o cansaço, a desmotivação, a frustração e as dificuldades de comunicação

intra e interdisciplinares são fatores que contribuem negativamente para a disponibilidade interna de estar verdadeiramente com a pessoa e família, bem como para a reflexão sobre as práticas de cuidados. As autoras constataram ainda que as necessidades de formação dos enfermeiros se situavam nas seguintes áreas: acolhimento da pessoa/família, relação de ajuda com a pessoa/família, comunicação, direitos e deveres da pessoa/família, agitação e agressividade da pessoa.

Neste sentido, as escolas de enfermagem terão de assumir este papel promovendo o desenvolvimento de competências que profissionalizam e facilitam a relação, valorizando e defendendo aquilo que nos diferencia dos outros profissionais que é cuidar da pessoa como ser humano único, com necessidades e desejos próprios e com direito a que a sua humanidade não seja destruída ou danificada (Salgueiro, 2014). De acordo com Simões, Salgueiro, e Rodrigues (2012, p. 92) as escolas superiores de enfermagem têm um grande campo de reflexão a fazer, sendo urgente que as escolas façam Escola havendo “princípios que os estudantes têm que integrar nos quatro anos de curso, caso contrário será difícil assumi-los na sua vida profissional”.

Considerando a existência de uma crise de valores na sociedade em geral, com repercussão na generalidade das profissões, e em particular na de enfermeiro, Palma, Lima, Bacelar, Gonçalves, e Ferreira (1995) salientam que embora a aprendizagem de valores profissionais se adquira durante a formação generalista na escola de enfermagem, pode não haver coincidência entre os valores profissionais veiculados durante a formação e os existentes nos locais de trabalho do enfermeiro. Quando esta coincidência não existe com frequência maior do que aquela que seria desejável, o enfermeiro adota os valores do local de trabalho. Estes autores enfatizam a necessidade de formação adequada aos enfermeiros e outros profissionais dos serviços e instituições sobre: aperfeiçoamento dos canais de comunicação; comunicação com o utente; comunicação no seio da equipa; papéis e competências dos elementos da equipa, bem como a criação de grupos dinamizadores com o intuito de reformulação e reflexão sobre as relações intra e interpessoais.

A este propósito, Santos (2000) refere que os profissionais de saúde estão na sua maioria centrados na tecnologia relegando para um plano secundário a relação interpessoal na vertente da relação de ajuda e que isso se deve à insegurança e in experiência dos profissionais de saúde, concretamente dos enfermeiros, em lidar com ventiladores, monitores e outro equipamento tecnológico, firmam a sua atenção na tecnicidade, relevando o utente para segundo plano. Contudo, o cuidado de enfermagem e a intervenção do enfermeiro não devem ser centrados em aspetos meramente biológicos, mas no cuidado integral da pessoa.

Também o estudo desenvolvido por Santos (2000) sobre a relação de ajuda do enfermeiro com o doente internado numa unidade de cuidados intensivos coronários, permitiu

concluir que a principal preocupação deste grupo de enfermeiros era responder às necessidades biológicas dos doentes e dominar a tecnologia exigida à manutenção da vida. A amplitude destas funções técnico-científicas pareceu deixar pouco espaço de tempo para a valorização da relação interpessoal como forma de ajuda no contexto do cuidar em enfermagem. Conclui a autora que a relação de ajuda como cuidado de enfermagem está fragilizada, não sendo prática corrente dos enfermeiros destes cuidados. A autora justifica a situação, enfatizando algumas condicionantes que poderão concorrer para esta situação: incertezas geradas pelas mudanças na profissão; pouca autonomia do enfermeiro; pouco reconhecimento do trabalho do enfermeiro pelos restantes elementos da equipa de saúde; ausência de reflexão sobre as práticas; pouco incentivo dos enfermeiros para a formação pós-básica ou outra; e baixa dotação de pessoal. Sublinhando ainda que a ausência de um quadro de referência e de valores que pautem a conduta do profissional no cuidar em enfermagem, aliado ao pouco tempo disponível e à falta de reflexão, conduz a um trabalho baseado na rotina. Deste modo “a enfermagem como ciência e arte cede lugar à enfermagem normativa e executora de tarefas” (Santos, 2000, p. 55).

Puggina e Silva (2005) alertam para a dura realidade, revelada por alguns estudos, que mostra que a grande maioria dos enfermeiros está insatisfeita com o seu trabalho e com o reconhecimento da sua profissão; têm dificuldade em comunicar com o paciente sem deixar de demonstrar autoridade; e reconhecem a importância da família, porém ainda não conseguem lidar com ela. Em geral, o enfermeiro ouve pouco, fala muito e não presta atenção adequada aos pacientes que se propõe cuidar. Ao escolher a profissão de enfermeiro a prioridade é o cuidado do ser humano, porém muitos profissionais têm dificuldade em sustentar esta ideologia. Ao entrar no mercado de trabalho, o enfermeiro ao deparar-se com uma realidade algo diferente da académica, acaba por se distanciar do cuidado direto ao doente, alegando falta de tempo (Puggina, 2006). Mas, será a falta de tempo a verdadeira responsável pela fraca valorização da componente relacional dos cuidados de enfermagem?

Sem dúvida, a falta de tempo é a queixa principal mais frequente na justificação para o distanciamento do doente. Já Horta (1975), considerou o tempo como um *mito do exercício de enfermagem*, ideia que se mantém atual, constatando-se no entanto na prática, não a sua falta, mas o seu desperdício ou a sua má gestão. Na opinião de Puggina (2006) é difícil conseguir todo o tempo que desejamos para atender o doente, torna-se por isso importante a sua gestão adequada, de modo a melhorar a prestação e a individualização do cuidado. Enfatizando que na maioria das vezes o doente não avalia o curativo, o procedimento (se está a ser realizado com as técnicas corretas pelo enfermeiro), porém qualquer pessoa sabe avaliar a maneira humana, ou não, a relação, como está a ser cuidado.

Conclui-se que o cuidado humanizado não requer necessariamente mais tempo. Esse atendimento de qualidade requer uma ocupação do tempo de forma eficaz, aquando da administração de um injetável, da avaliação de sinais vitais, da prestação de cuidados

de higiene, entre outros. Basta demonstrar verdadeiro interesse, atenção pela pessoa cuidada, transmitindo conforto, segurança, escutando ativamente, deixando que a pessoa manifeste as suas emoções, pensamentos ou reclamações (Puggina, 2006).

Hesbeen (2001, p. 41) evidencia também este facto, afirmando que “ouvir não pode depender de especialistas, faz parte integrante da missão do cuidar ...”. Muitos prestadores de cuidados sentem reais dificuldades em mostrar-se verdadeiros ouvintes, o que não pode justificar a libertação dessa função, antes pelo contrário deverá ser um impulso para que se façam novas abordagens e tentativas de solucionar esta dificuldade, em reuniões de equipa, em sessões de formação ou outras. Sublinhando que se deverá voltar a incluir o escutar num contexto complexo mais vasto, que é o cuidar, constituindo-se um dos fundamentos incontornáveis de qualquer prática verdadeiramente orientada para o cuidar. De facto, não podemos confundir o doente, a pessoa doente com a doença. Paralelamente importa realçar alguns estudos que dão conta da existência de uma associação positiva entre a qualidade da relação e os ganhos em saúde em diversas populações (Edwards, Peterson, & Davies, 2006; Frank & Gunderson, 1990; Simões 2014; Stewart et al., 2000). Estes estudos demonstram a existência de um *gap* entre a teoria e a prática de enfermagem, esta ideia já foi defendida por Bento (1997), argumentando que os desenvolvimentos teóricos em enfermagem têm permanecido (salvo algumas exceções) como entidades académicas e que com dificuldade têm sido integrados na prática (prestação de cuidados e formação de novos profissionais). Perante a análise realizada emerge a seguinte questão: Como é que a escola pode reduzir esta décalage entre a teoria e a prática? Que estratégias pode o professor utilizar para ser facilitador da aprendizagem e do desenvolvimento das competências relacionais no cuidar?

O desenvolvimento das competências relacionais na formação do enfermeiro é uma tarefa árdua, em que as escolas de enfermagem e os professores têm um papel fundamental. Como estratégia promotora do desenvolvimento destas competências, Melo (2014) enfatiza a aprendizagem concreta, ou seja, a aprendizagem centrada na partilha e discussão das experiências vividas, tornando-os mais vocacionados para o relacionamento com os outros, favorecendo o desenvolvimento da sua personalidade.

Também, a Lei de Bases do Sistema Educativo manifesta-se claramente pela responsabilização do ensino para o desenvolvimento pleno e harmonioso da personalidade dos indivíduos, incentivando a formação de cidadãos livres, responsáveis, autónomos e solidários e valorizando a dimensão humana do trabalho; quando se propõe contribuir para a realização do educando, através do pleno desenvolvimento da personalidade, da formação do carácter e da cidadania, preparando-o para uma reflexão consciente sobre os valores espirituais, estéticos, morais e cívicos e proporcionando-lhes um equilibrado desenvolvimento físico (Lei nº 46/86 de 14 de outubro). A importância do papel do professor, enquanto promotor do desenvolvimento de competências, “favorecendo a

compreensão mútua e a tolerância, nunca foi tão patente como hoje em dia“ (Delors, 1996, p. 131), devido aos novos contextos sociais e culturais, que impõem um novo tipo de professor, um novo estilo de ação e relação educativa.

Colocam-se, assim, algumas preocupações acerca do que é o correto desenvolvimento da atividade docente e que estão patentes nas palavras de Postic, quando afirma que

na sociedade atual, o papel do docente torna-se menos fácil de delimitar, porque a sua ação ultrapassa o âmbito da escola. A função docente exige dos seus membros uma adaptação a papéis cada vez mais diversificados e mudanças de atitudes. Ele é o mediador entre o mundo social atual e o estudante (1984, p. 111-112).

Assim, para que o professor desempenhe eficazmente a sua função, tem que ser um profissional competente, devendo ter conhecimentos dos elementos intervenientes no processo de ensino-aprendizagem, compreendendo o estudante de acordo com a sua individualidade (Alarcão & Tavares, 1987).

Pensamos que, para que o professor desempenhe o papel de ajuda deve aceitar o estudante tal qual ele é, e deve compreender os sentimentos que manifesta, e assim, os estudantes ficarão profundamente reconhecidos ao serem compreendidos. Pressupõe, portanto, uma relação próxima de modo a dar segurança a poder responder ao pedido de ajuda do estudante, num clima de confiança propício à aprendizagem. Rogers e Rosenberg (1977) defendem que esta relação deverá ser aberta, verdadeira, autêntica, consistente, empática, desenrolando-se numa verdadeira atmosfera de disponibilidade. Assim, para que a relação funcione, o professor e o estudante deverão conhecer-se e empenhar-se na relação de uma maneira verdadeira e autêntica. É nas relações do processo de ensino aprendizagem que o estudante se descobre, evolui e se desenvolve.

Rogers (1985) considera, como condições indispensáveis para o desenvolvimento de competências interpessoais e o conseqüente crescimento pessoal, que o professor, além da compreensão empática, da simpatia, da congruência, da consideração positiva incondicional do outro, do respeito, também atue com autenticidade, que seja igual a si próprio, que seja congruente, o que implica que seja aquilo que realmente é e esteja consciente das atitudes que assume. Para isso, segundo Sousa, “terá o professor de ele próprio, ser pessoa” (2000, p. 13). Por sua vez, Novaes (1977) refere que, sendo uma das funções essenciais do professor ajudar o estudante a desenvolver-se, só poderá fazê-lo se tiver condições para se desenvolver pessoalmente, conhecendo-se a si mesmo. Segundo o mesmo autor, o encontro consigo mesmo faz com que valorize os outros, adquira autoconfiança e procure fontes de satisfação pessoal que o promovam como pessoa, capaz de sentir, ouvir e compreender os outros, além de dar afeto e segurança aos seus próprios estudantes.

Neste sentido, Rogers é de opinião que, se o professor estiver consciente dos seus próprios sentimentos e os aceitar, é grande a probabilidade de desenvolver uma relação de ajuda com outra pessoa. Para este autor, “a aprendizagem significativa é possível se o professor for capaz de aceitar o estudante tal como ele é e de compreender os sentimentos que ele manifesta” (Rogers, 1985, p. 260). A este propósito, Chalifour considera que

o formador deve possuir qualidades inerentes à relação de ajuda, tais como, a compreensão empática dos estudantes, o respeito caloroso que sabe reconhecer a unicidade de cada pessoa, a autenticidade, A estas atitudes acrescentam-se certas qualidades, tais como uma consideração positiva pelos estudantes, uma certa humildade, uma boa estima de si mesmo, paciência, bondade, interesse pelo seu trabalho, o sentido do maravilhoso, a espontaneidade, a criatividade ... (1993, p. 5).

Segundo Pearson e Vaughan (1992), o estabelecimento de uma relação empática, além de facilitar a aprendizagem, permitirá, também, que o estudante seja capaz de se colocar na pele do outro (pessoa). Dada a natureza do cuidar em enfermagem, que requer conhecimentos, sensibilidade humana, e tomadas de decisão éticas, torna-se indispensável que certas normas e valores sejam ensinados e vivenciados pelos estudantes ao longo do percurso escolar. Assim, o professor deve sempre transmitir confiança, adotando uma postura participativa, educada, respeitadora, não devendo assentar na autoridade exercida de forma arbitrária. Deve, antes, na opinião de Rego e Sousa “ser completada com o exemplo, o carisma, a lisura de procedimentos – diríamos, até, com o ‘amor’ ao que faz e diz” (2000, p. 83). Rego (2001) é de opinião que os comportamentos de cidadania docente universitária contribuem para o desenvolvimento dos estudantes.

Num estudo realizado por Ventura, Neves, Loureiro, Frederico-Ferreira, e Cardoso (2011) acerca do que os estudantes consideram ser o *Bom Professor*, os resultados apontam para o profissional que necessita de cruzar as Dimensões Humana, Técnica e Ideológica, valorizando a aprendizagem dos estudantes e a relação interpessoal. Mas é fundamental haver compromisso dos estudantes na consecução da sua aprendizagem sendo o principal interveniente do trabalho pedagógico. Contudo, para que a aprendizagem se processe de forma harmoniosa, é, também, importante que os professores conheçam bem os seus estudantes, nomeadamente o seu autoconceito para poderem adotar estratégias de atuação que favoreçam esse desenvolvimento (Valente, 2002).

Num estudo realizado sobre o autoconceito dos estudantes de enfermagem, Valente propõe algumas estratégias que o professor deve adotar para facilitar o rendimento escolar do estudante, como:

recorrer ao reforço positivo, como estímulo para um melhor autoconceito pelas aquisições já conseguidas. Assim, o indivíduo tenderá a desenvolver um

autoconceito positivo porque sente no outro aceitação e aprovação por aquilo que é. Para que isto se efetive, é fundamental que o professor estimule competências não académicas, e que se esforce para criar uma relação empática, dando a todos os estudantes oportunidades de vivenciarem experiências de sucesso, importantes na formação do autoconceito positivo (2002, p. 172-173).

Os dados empíricos de diversos estudos (Melo & Raposo, 2007; Vaz-Serra, 1986) sugerem que o autoconceito positivo ajuda a pessoa a ter uma perceção positiva de si própria e a sentir-se bem consigo e com os outros, podendo levar a um melhor desempenho. Segundo Melo e Raposo (2007) o desenvolvimento de competências empáticas e de comunicação está relacionado, de forma positiva com a maturidade psicológica. Neste estudo, realizado com estudantes de enfermagem, os estudantes que atingiram o seu desenvolvimento psicológico desenvolveram as competências empáticas e de comunicação.

Lopes (2012), num estudo quasi-experimental com estudantes de enfermagem, concebeu um programa de intervenção (*Programa Cuidar-se para Saber Cuidar*) que pretendeu promover e/ou otimizar o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e profissionais dos estudantes de enfermagem, utilizando estratégias estruturadas e formais, visando obter como resultado final, para além do bem-estar pessoal e social, também o sucesso académico e profissional, possibilitado pelo desenvolvimento de competências relacionais. O programa revelou impacto positivo na autoeficácia, no autoconceito, na assertividade, na diminuição da dificuldade em identificar e descrever sentimentos e na redução de alexitimia. Estes ganhos ao nível das competências pessoais e sociais (autoconceito, alexitimia e assertividade), evidenciam um impacto positivo ao nível do desenvolvimento das competências relacionais de ajuda (dimensões competências genéricas, competências de comunicação, competência empática e globalmente nas competências relacionais de ajuda) e ao nível do desenvolvimento das competências de comunicação interpessoal (dimensões advocacia e uso terapêutico de si próprio e globalmente na comunicação interpessoal).

Nesta sequência a autora conclui que o *Programa Cuidar-se para Saber Cuidar* evidenciou eficácia na promoção de competências pessoais e sociais dos seus participantes, o que contribuiu para um impacto positivo nas competências relacionais de ajuda (referenciado pelos estudantes) e nas competências de comunicação interpessoal (referenciado pelos professores) durante a realização do primeiro Ensino Clínico do Curso de Licenciatura em Enfermagem (Lopes, 2012). Chalifour afirma, também, que o formador

deve, no plano pessoal e profissional, possuir não somente um conhecimento sobre o assunto, mas também as habilidades e as atitudes que deseja ensinar, e ser capaz de as manifestar no seu ensino, tornando-se, assim, pelo exemplo, um modelo do *papel* para os seus estudantes (1993, p. 3).

É realçada, assim, a importância da modelação na educação e a necessidade de proporcionar ao estudante, durante a sua formação, contacto com modelos profissionais, de modo a que forme uma imagem adequada da profissão e possa adotar valores, atitudes, necessidade de autoformação e reflexão constante, de modo a ser na profissão um agente de mudança.

Assim, para que, de facto, o papel do professor possa contribuir para a formação de enfermeiros competentes nos domínios relacional, técnico e ético implica uma mudança de perceção do ensino clínico e do papel do orientador clínico. Relativamente ao enfermeiro orientador clínico, Martin refere que “o prestador de cuidados é a pessoa de referência para a aprendizagem clínica. Este tem um papel fundamental na aprendizagem do estudante, na construção da sua identidade e do seu papel profissional” (1991, p. 26). Neste contexto, o orientador clínico, na formação em enfermagem, é um enfermeiro que tem um papel pedagógico com uma forte componente relacional, sendo fundamental, segundo Carvalhal, que o orientador clínico “seja capaz de dominar e mobilizar a teoria e a prática no sentido de facilitar o raciocínio profissional que fundamente a ação concreta” (2002, p. 51).

O orientador clínico tem uma responsabilidade acrescida já que, como refere Adam (1994), no ensino clínico o estudante vê o orientador como um enfermeiro modelo e chama a atenção para o facto de os estudantes captarem as mensagens transmitidas por esses enfermeiros, mesmo que elas não sejam verbalizadas, podendo levar a uma aprendizagem menos positiva. Assim, de acordo com Carvalhal, se os estudantes

tiverem como modelo orientadores bem formados profissionalmente, numa perspetiva de cuidar e simultaneamente reflexivos, estes estudantes estarão a ser formados para, no futuro, desenvolverem o cuidar e darem respostas eficazes e criativas aos problemas profissionais e dos utentes, além de lhes estimular a capacidade de decisão e autonomia (2002, p.55).

Os elementos reflexão e autonomia são, também, hoje a tónica do discurso educativo. Assim, educar para a autonomia, implica praticar um ensino reflexivo que, se baseia numa postura reflexiva do professor e do estudante. Assim, iremos abordar de seguida a questão da prática reflexiva no ensino de enfermagem e a importância da utilização deste modelo para o desenvolvimento de competências.

3. Modelo reflexivo no ensino de enfermagem

O modelo reflexivo está ligado a expressões como *reflexão-na-ação* (Schön, 1992), *prática reflexiva* (Burns & Bulman, 2000). Este modelo baseia-se na reflexão atenta sobre os problemas do quotidiano, resumindo-se a “um olhar crítico sobre práticas

tradicionalmente aceites, com o propósito de as questionar e confrontar com práticas e conceções alternativas” (Vieira, 1993, p. 22). Assim, segundo este autor, este modelo tem por base o questionamento e o confronto, levando à reconstrução de saberes e à adoção de práticas educativas renovadas e renovadoras.

Atualmente, as metodologias de ensino mais recomendadas são a reflexão na ação, reflexão sobre a ação e reflexão sobre a reflexão na ação (Schön, 1992, 1994, 1995). Este autor considera que uma formação que englobe a reflexão preparará os formandos para o imprevisto e a adaptação a situações complexas que não estão previamente identificadas. As metodologias de reflexão, segundo Sprinthall (1991), podem variar desde a discussão em grupo de pares, orientada pelo professor, a elaboração de relatórios ou diários acerca das experiências vividas, a visualização de filmes e vídeos apropriados que possam ilustrar adequadamente alguns elementos chave no processo de ajuda, emergindo ocasiões únicas de exploração, análise e produção de significações pessoais indispensáveis ao desenvolvimento pessoal do estudante.

Mas, para utilizarem metodologias reflexivas, os professores devem adquirir competências que lhes permitam ajudar os estudantes a pensar criticamente e a encontrarem o significado dos atos que praticam, assim como integrarem as experiências adquiridas anteriormente. Silva (2000) refere que alguns estudos realizados apontam no sentido que professores preparados com as competências comunicacionais, conduzem os estudantes ao pensamento reflexivo que se traduz por: maior confiança, maior autodomínio, maior comunicabilidade, pensamento crítico, maior rigor na expressão de uma ideia, maior capacidade de resolver problemas, etc.

Na perspetiva de Alarcão, “quando refletimos sobre uma ação, uma atitude, um fenómeno, temos como objeto de reflexão a ação, a atitude, o fenómeno e queremos compreendê-los” (1996, p. 176). Mas, para os compreender, temos que os analisar à luz de um referencial, que são os saberes que já possuímos ou os que vamos à procura para podermos compreender a situação. Desta análise da situação e dos referenciais teóricos, resulta uma reorganização do conhecimento com consequências a nível da ação.

Para Schön (1992), a formação dos profissionais deverá incluir, na orientação pedagógica, uma forte componente de reflexão nos contextos reais da prática. Esta será a via possível para o estudante, quando profissional, ser capaz de enfrentar as situações complexas e imprevisíveis e tomar decisões com responsabilidade. O estudante, ao envolver-se nas situações reais, terá que adaptar os conhecimentos adquiridos às situações específicas com que se defronta, construindo desta forma um novo conhecimento que lhe poderá ser útil em situações futuras. Este processo de aquisição de um novo conhecimento em situação exige a análise crítica e integração no conjunto dos saberes pessoais.

Dado que os estudantes de enfermagem de hoje serão os enfermeiros de amanhã, torna-se fundamental, de acordo com Valente, “estimular o estudante para a autoanálise e reflexão sobre a ação, visando favorecer um maior conhecimento das competências múltiplas já conseguidas, descobrindo em si as potencialidades existentes e as limitações que necessita de vencer” (2002, p. 173). Neste âmbito, a Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos refere que

a falta de conhecimento de si pode ser um travão às capacidades de ajuda do enfermeiro e um obstáculo à relação. O que nós somos influencia as nossas capacidades relacionais e a forma como nos podemos poupar a uma reflexão sobre nós próprios e sobre as nossas atitudes (2000, p. 81).

Então se compreende o porquê de cada vez mais nos preocuparmos com a forma com que nos relacionamos uns com os outros, pois sabemos e reconhecemos que dela depende a eficácia da interação.

4. Síntese reflexiva

A complexidade do cuidar em enfermagem e as exigências da sociedade atual requerem que o Ensino em Enfermagem promova o desenvolvimento das competências dos estudantes, considerando as diferentes áreas do conhecimento científico, paralelamente com a evolução pessoal, capacitando-os para a tomada de decisão e atuação adequada perante os diferentes contextos de cuidados.

Neste contexto é essencial que os processos de formação se baseiem na reflexão sobre a prática, procurando o sentido dos atos em que essa prática é exercida. O que implica partir da prática profissional, através da partilha e discussão entre pares baseada na partilha de experiências vividas, e interrogá-la, aprofundá-la, enriquecê-la e/ou transformá-la no sentido do desenvolvimento das competências relacionais, fundamentais para a qualidade da praxis de enfermagem.

Assim, advogamos que os estudantes de enfermagem devem ser formados de uma forma reflexiva que promova uma mudança de cultura ao nível dos estabelecimentos de saúde, em que o peso relativo das atividades tecnológicas deve ser contrabalançado por um interesse real na qualidade humana dos cuidados.

Salientamos ainda que para o desenvolvimento das competências relacionais de ajuda é importante que o professor conheça o estudante e contribua para a melhoria do seu autoconceito, sobretudo através da utilização de reforços positivos. A este propósito é primordial que os professores devam ser treinados a utilizar reforços positivos, como por

exemplo elogios do tipo *estou bastante satisfeito contigo; estás a sair-te muito bem*. Assim, o reforço positivo deve ser mais centrado no esforço que o estudante faz na situação de aprendizagem do que nos resultados obtidos. Os erros devem ser tolerados, pois são parte integrante do processo de aprendizagem, pelo que o apoio do professor deve ser fundamental para ajudar os estudantes a relacionarem o esforço empreendido e a melhoria do seu desempenho académico aumentando-lhe o seu sentimento de competência.

Em síntese é fundamental que o professor estimule o desenvolvimento de competências pessoais e sociais e se esforce para criar uma relação empática com o estudante, criando-lhe oportunidade de vivenciar experiências de sucesso, identificando o desenvolvimento de competências já conseguidas, de modo a descobrir em si as potencialidades que tem e as limitações que necessita de vencer.

Referências bibliográficas

- Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Alarcão, I. (1996). Ser professor reflexivo. In I. Alarcão (Ed.), *Formação reflexiva de professores: Estratégias de supervisão* (pp. 171-189). Porto, Portugal: Porto Editora.
- Alarcão I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382. doi: 10.1590/S0104-07072005000300008
- Alarcão, I., & Tavares, J. (1987). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Beaujolin, F. (1999). *La gestion des compétences: Études de cas commentées*. Paris, France: Nathan.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Benrerbia, F., Berenguer, C., Esnault, O., Fischer, E., Garcia, L., Regnard, M., ... Duboscq, C. (2007). Construction et utilisation d'un outil permettant d'évaluer les compétences relationnelles des étudiants infirmiers en stage en psychiatrie. *Recherche en Soins Infirmiers*, 90, 4-14.
- Bento, M. (1997). *Cuidados e formação em enfermagem: Que identidade?* Lisboa, Portugal: Fim de Século.
- Burns, S., & Bulman, C. (2000). *Reflective practice in nursing: The growth of the professional practitioner*. Oxford, England: Blackwell Scientific Publications.
- Carvalho, R. (2002). *Parcerias na formação: papel dos orientadores clínicos: Perspectivas dos actores*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Chalifour, J. (1993). *Enseigner la relation d'aide*. Montréal, Canada: Gaëtan Morin.
- Crossetti, M., Buógo, M., & Kohlausch, E. (2000). Ações de cuidar na enfermagem de natureza propedêutica e terapêutica e suas interfaces com os atos de outros profissionais. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 21(1), 44-67.

- Delors, J. (1996). *Educação, um tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. Porto, Portugal: ASA.
- Dias, M. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: Contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Edwards, N., Peterson, W., & Davies, B. (2006). Evaluation of a multiple component intervention to support the implementation of a 'Therapeutic Relationships' best practice guideline on nurses' communication skills. *Patient Education and Counseling*, 63(1-2), 3-11. doi: 10.1016/j.pec.2006.07.008
- Frank, A., & Gunderson J. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome. *Archives General Psychiatry*, 47(3), 228-236. doi: 10.1001/archpsyc.1990.01810150028006
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Horta, W. (1975). Os mitos da enfermagem. *Revista Enfermagem Nova Dimensão*, 1(2), 60-63.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Le Boterf, G. (1994). *De la compétence: Essai sur un attracteur étrange*. Paris, France: Les Editions de l'organisation.
- Le Boterf, G. (2002). *Développer la compétence des professionnels* (4ème ed.). Paris, France: Éditions d'Organisation.
- Lei nº 46/1986 de 14 de Outubro. *Diário da República nº 237/86 - I Série*. Lei de bases do sistema educativo. Lisboa, Portugal.
- Lopes, R. (2012). *Competências pessoais e sociais em estudantes de enfermagem: Implicações de um programa de intervenção no saber fazer relacional*. (Tese de doutoramento). Recuperado de http://sigarra.up.pt/icbas/pt/publs_pesquisa.FormView?p_id=92582
- Madeira, R., & Lopes, V. (2007). Necessidades de formação de enfermagem ao nível das competências relacionais e de continuidade de cuidados. In A. Rodrigues, C. Nascimento, L. Antunes, M. Mestrinho, M. Serra, R. Madeira, ... V. Lopes (Eds.), *Processos de formação na e para a prática de cuidados* (pp. 47-76). Loures, Portugal: Lusociência.
- Martin, C. (1991). *Soigner pour apprendre: acquérir un savoir infirmier*. Paris, France: Loisir et Pédagogie.
- Melo, R. (2014). *Liderança e gestão: Desenvolvimento de competências relacionais*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Melo, R., & Raposo, N. (2007). Desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: estudo com estudantes de enfermagem. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41(1), 189-209.
- Novaes, M. H. (1977). *Psicologia da criatividade*. Petrópolis, Brasil: Vozes.

- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual*. Lisboa, Portugal: Grafinter.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, Portugal: Grafinter.
- Osswald, W. (2000). A relação enfermeiro-doente e a humanização dos cuidados de saúde. *Cadernos de Bioética*, 23, 41-45.
- Palma, A., Lima, M., Bacelar, G., Gonçalves, M., & Ferreira, R. (1995). O cuidar profissional. *Servir*, 43(1), 4.
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Postic, M. (1984). *Relação pedagógica*. Coimbra, Portugal: Coimbra Editora.
- Puggina, A. (2006). Administrar o tempo pode mudar o jeito de dizer bom dia. In M. Silva (Ed.), *Qual o tempo do cuidado?: Humanizando os cuidados de enfermagem* (2ª ed., pp. 19-28). São Paulo, Brasil: Edições Loyola.
- Puggina, A., & Silva, M. (2005). A alteridade nas relações de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(5), 573-579. doi: 10.1590/S0034-71672005000500014
- Rego, A. (2001). Comportamentos de cidadania organizacional: operacionalização de um constructo. *Revista de Educação*, 10(1), 87-98.
- Rego, A., & Sousa, L. (2000). Impactos dos comportamentos de cidadania docente sobre os alunos universitários: A perspectiva dos estudantes e dos professores. *Linhas Críticas*, 6(10), 9-30.
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa*. Lisboa, Portugal: Morais Editores.
- Rogers, C., & Rosenberg, R.L. (1977). *A pessoa como centro*. São Paulo, Brasil: EPU.
- Salgueiro, N. R. M. (2014). *Humanidade: Um imperativo do nosso tempo*. Coimbra, Portugal: IGM.
- Santos, M. (2000). A relação de ajuda na prática do cuidar em enfermagem, numa unidade de cuidados. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1, 51-60.
- Schön, D. (1992). *La formación de profesores reflexivos*. Barcelona, Espanha: Paidós.
- Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif: à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal, Canadá: Les Éditions Logiques.
- Schön, D. (1995). Formar professores como profissionais reflexivos. In A. Nóvoa (Eds.), *Os professores e a sua formação* (pp.77-91). Lisboa, Portugal: Dom Quixote.
- Silva, R. F. (2000). *Prática educativa transformadora: A trajetória da unidade educacional de Interação comunitária* (Tese de doutoramento). Universidade de São Paulo, Brasil.
- Simões, R. M. P. (2014). *Cuidar humanidade: Enfermagem neurorrelacional*. Coimbra, Portugal: Autor.

- Simões, R. M. P., Salgueiro, N., & Rodrigues, M., (2012). Cuidar em humanidade: Estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 81-93.
- Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos. (2000). *Desafios da enfermagem em cuidados paliativos "cuidar": Ética e práticas*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Sousa, J. M. (2000). *O professor como pessoa: a dimensão pessoal na formação de professores*. Lisboa, Portugal: ASA.
- Sprinthall, N. (1991). Role taking programs for high school students: New methods to promote psychological development. In B. Campos (Eds.), *Psychological intervention and human development*. Porto, Portugal: Instituto de Consulta Psicológica, Formação e Desenvolvimento.
- Stewart, M., Brown, J., Donner, A., McWhinney, I., Oates, J., Weston, W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49(9), 796-804.
- Valente, M. (2002). *Auto-conceito nos estudantes de enfermagem: Estudo da interação entre a vinculação e variáveis sócio-demográficas no auto-conceito*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Vaz-Serra, A. (1986). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria clínica*, 7(2), 57-66.
- Ventura, M. C. A. A., Neves, M. M. A. C., Loureiro, C. R. E., Frederico-Ferreira, M. M., & Cardoso, E. M. P. (2011). O bom professor: Opinião dos estudantes. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 95-102. doi: 10.12707/R111167
- Vieira, M. (1993). Para uma ética da enfermagem. *Servir*, 41(6), 323-327.

NOTA FINAL

DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO COM E EM SAÚDE NA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA (ESENFC)

ROSA MARIA CORREIA JERÓNIMO PEDROSO

ARMANDO MANUEL MARQUES SILVA

IRMA DA SILVA BRITO

MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA

MARÍLIA MARIA ANDRADE MARQUES DA CONCEIÇÃO E NEVES

REGINA MARIA FERNANDES DE JESUS PONTE FERREIRA AMADO

ROSA CÂNDIDA CARVALHO PEREIRA DE MELO

ROSA CRISTINA CORREIA LOPES

Esta nota final surge com a convicção de que o registo da reflexão sobre os desafios e perspetivas para a *Promoção com e em Saúde na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC)*, transposto nesta monografia, contribuirá não só para a memória, mas também para uma prática educativa/pedagógica e de intervenção para promoção da saúde de qualidade onde os estudantes possam ser os principais beneficiários. Assim, consideramos que a (re)configuração de espaços de diálogo entre uma cultura científica, humanista e de promoção da saúde contribuem para uma (re)contextualização de saberes e de fazeres que se traduzem em mais e melhor saúde para todos e, sobretudo, para uma aprendizagem significativa que se perpetue em enfermeiros mais envolvidos com a promoção da saúde em todos os seus contextos de vida. Nesta convergência de sentidos, quer a escola enquanto instituição de ensino superior, quer as pessoas enquanto motores de mudança, devem criar condições de crescimento, com referências e competências para melhor compreenderem o mundo onde vivem, onde trabalham e onde a educação e a formação assumem uma importância crucial. Devem responder positivamente às mudanças e inovações, às transições e aos desafios que se colocam num mundo em permanente transformação com a consequente diversidade, complexidade e imprevisibilidade dos problemas que as pessoas e as sociedades têm que enfrentar.

E apesar dos inúmeros problemas que o ensino superior tem enfrentado, nomeadamente por força das mudanças sociais e económicas, pela heterogeneidade dos estudantes,

por novas culturas de qualidade, por novas orientações para a formação e por redução de financiamento, as instituições têm que continuar a assumir o compromisso de assegurar aos estudantes o direito a uma educação de qualidade, que corresponda às suas expectativas e direitos, que seja concebida em função dos estudantes e numa atitude pedagógica em que estes sejam encarados como participantes ativos no processo educativo e não apenas como consumidores passivos de ensino. Tal como referiam Chickering e Gamson (1987) consideramos que os aspetos mais importantes das práticas eficazes no processo de ensino e de aprendizagem poderão ser sumariados em sete pontos principais, nomeadamente:

- Encorajar o contacto entre estudantes e professores/escola – considerando que contactos frequentes, dentro e fora das aulas, entre estudantes e professores são um dos aspetos mais importantes na motivação e envolvimento do estudante. Se o estudante verificar que a escola se preocupa com ele, isso ajuda-o a prosseguir o estudo e a manter-se permanentemente interessado nas atividades. Aliás, o conhecimento de outros membros da escola irá aumentar o envolvimento intelectual e encorajar o estudante a pensar sobre os seus próprios valores e planos para o futuro;
- Desenvolver a cooperação entre estudantes – porque a cooperação ajuda a trabalhar de forma produtiva com outras pessoas;
- Encorajar a aprendizagem ativa – porque os estudantes devem pensar, fazer e pensar sobre o que fazem. A aprendizagem não é como um espetáculo que apenas se observa. É fundamental que falem e escrevam acerca do que aprendem, que relacionem com experiências passadas e apliquem à sua vida do dia a dia;
- Dar feedback imediato e ajudar os estudantes a antever o que fazer em consequência;
- Dar ênfase ao tempo em tarefa e assegurar muitas atividades práticas úteis, produtivas e orientadas. A forma como uma instituição define as expectativas de tempo para os seus estudantes e para os outros membros da comunidade educativa, pode estabelecer as bases do desempenho de qualidade para todos;
- Comunicar expectativas elevadas e encorajar os estudantes a desenvolverem expectativas positivas sobre si mesmos;
- Respeitar diferentes talentos e formas de aprender, pela existência de muitos caminhos para a aprendizagem. Os estudantes trazem para o ensino superior diferentes estilos de aprendizagem e necessitam de oportunidades para mostrarem talentos e para aprenderem através das modalidades que melhor funcionem com eles.

Apesar destes aspetos serem de extrema importância a nível do ensino superior, a instituição de ensino superior também deve ter uma responsabilidade acrescida face aos estudantes e a todos da comunidade educativa, que assenta não só em saberes

disciplinares, mas sobretudo no desenvolvimento de competências com base na multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, de modo a contribuir para a formação global dos indivíduos. Daí que estas instituições devam promover um ambiente para viver e trabalhar que permita criar impacto positivo na saúde das pessoas e, por essa via, diminuir os gastos com a saúde das populações e melhorar a produtividade de um país.

Nesta lógica, a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC) está imbuída dos principais pressupostos das instituições de ensino superior promotoras de saúde: diversidade e equidade, participação e capacitação, trabalho em parceira dentro das instituições e em parceria com entidades externas, saúde e bem-estar, prática baseada na evidência, aprendizagem e partilha de conhecimentos. Estes pressupostos sustentam o compromisso dos contextos promotores de saúde em criarem um espaço saudável e sustentável, construindo e vivendo ambientes de aprendizagem para estudantes, colaboradores e parceiros; aumentar o perfil de saúde através do desenvolvimento do ensino, investigação e partilha de conhecimentos; contribuir para a saúde e bem-estar e sustentabilidade da comunidade em geral; avaliar continuamente o seu trabalho, construção de evidências da eficácia e aprendizagem partilhada.

A ESEnC constitui-se como um centro de aprendizagem e desenvolvimento, através do investimento na educação, na formação e na investigação e alguns aspetos, recomendados na literatura sobre universidades promotoras de saúde poderiam ser destacados e incluídos na missão e papel institucional desejáveis. E porque está cada vez mais preocupada com a sua imagem, performance e sustentabilidade dentro de um mercado competitivo, propomos como desafio que a ESEnC, através de iniciativas de promoção da saúde:

- Se constitua como um centro de criatividade e inovação, expressa no processo de aprendizagem, na organização, na aplicação do conhecimento e na compreensão dentro e entre as disciplinas;
- Se assuma como um ambiente em que os estudantes adquirem preparação científica e profissional mas também aprendem a tornar-se mais responsáveis por si, mais cidadãos e com competências para a vida;
- Se constitua como um recurso e como parceira para as comunidades locais.

Todos estes aspetos oferecem oportunidades para a ESEnC influenciar a saúde dos seus membros e a comunidade onde se insere, contribuindo para aumentar a literacia em saúde e cidadania. Para isso, deve procurar conhecer o perfil de saúde de todos os membros da comunidade educativa assim como os recursos de saúde de que dispõe, no sentido de contribuir de forma sistemática e sustentada para a saúde de todos. A ESEnC não estando alheia a todos estes aspetos e numa procura incessante

de conhecer melhor os seus estudantes, desenvolveu os vários estudos apresentados e, num compromisso com os resultados, pretende ter práticas de intervenção que promovam a saúde e contribuir para ter pessoas saudáveis num contexto saudável, à semelhança das universidades promotoras de saúde que se comprometem com a sociedade através das suas políticas e práticas científicas e pedagógicas.

O grupo *Promoção com e em saúde na ESEnfC* propõe-se a colaborar nas três áreas distintas: criação de condições de trabalho, aprendizagem e estilos de vida saudável para docentes, não docentes e estudantes; desenvolver o ensino e a investigação, dando especial atenção à importância da saúde, promoção da saúde e saúde pública; bem como, desenvolver parcerias para a promoção da saúde e intervenção comunitária.

Referências bibliográficas

Chickering, A. W., & Gamson, Z. F. (1987). Seven principles for good practice in undergraduate education. *AAHE bulletin*, 3(7), 5-10.

Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

Revista científica indexada de divulgação internacional editada pela
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

Revista indexada no SciELO Citation Index, Web of Science, Thomson Reuters

