

Ana Maria Fontenelle Catrib
Maxmiria Holanda Batista
Aline Veras Morais Brilhante
Organizadoras

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

| | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| Antônio Luciano Pontes | Lucili Grangeiro Cortez |
| Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes | Luiz Cruz Lima |
| Emanuel Ângelo da Rocha Frago | Manfredo Ramos |
| Francisco Horácio da Silva Frota | Marcelo Gurgel Carlos da Silva |
| Francisco Josênio Camelo Parente | Marcony Silva Cunha |
| Gisafran Nazareno Mota Jucá | Maria do Socorro Ferreira Osterne |
| José Ferreira Nunes | Maria Salete Bessa Jorge |
| Liduina Farias Almeida da Costa | Silvia Maria Nóbrega-Therrien |

CONSELHO CONSULTIVO

| | |
|----------------------------------|---|
| Antônio Torres Montenegro UFPE | Maria do Socorro Silva Aragão UFC |
| Eliane P. Zamith Brito FGV | Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR |
| Homero Santiago USP | Pierre Salama Universidade de Paris VIII |
| Ieda Maria Alves USP | Romeu Gomes FIOCRUZ |
| Manuel Domingos Neto UFF | Túlio Batista Franco UFF |

ANA MARIA FONTENELLE CATRIB
MAXMIRIA HOLANDA BATISTA
ALINE VERAS MORAIS BRILHANTE
ORGANIZADORAS

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS

1ª Edição

Fortaleza - CE

2018



EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS

© 2018 *Copyright by* Ana Maria Fontenelle Catrib, Maxmíria Holanda Batista e Aline Veras
Morais Brilhante

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmus Miessa Ruiz

Diagramação

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

July Branco

Ficha Catalográfica

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

E24 Educação para a saúde e comportamentos saudáveis / Ana Maria Fontenelle Catrib, Maxmíria Holanda Batista, Aline Veras Morais Brilhante (Organizadoras). - Fortaleza : EdUECE, 2018. 328 p.
ISBN: 978-85-7826-598-4

1. Promoção da saúde. 2. Hábitos saudáveis. 3. Medicina preventiva.

CDD: 613

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS: EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS | 8

José Ferreira da Silva Bastos

AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS: REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A PRÁTICA DE ENFERMAGEM | 12

Célida Juliana de Oliveira, Francisca Bertília Chaves Costa, Emiliana Bezerra Gomes, Kenya Waléria de Siqueira Coelho Lisboa, Maria Eugênia Alves Almeida Coelho, Nuno Damácio de Carvalho Félix

COMPETENCIAS DE SEXUALIDAD EN LA EDUCACIÓN OBLIGATORIA ESPAÑOLA | 43

David Agud, Dolores Gil, Marta Talavera, Irene Guijarro, Jesús Beltrán, Valentín Gavidia

CONCEPÇÕES DAS GESTANTES ACERCA DA UTILIZAÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA NO PRÉ-NATAL | 64

Camila de Queiroz Carvalho, Isabella Lima Barbosa, Anna Paula Sousa da Silva, Daniella Barbosa Campos, July Grassiely de Oliveira Branco, Raimunda Magalhães da Silva

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA MULHERES MASTECTOMIZADAS | 81

Mayka Melânia Castro e Silva, Patrícia Helena de Oliveira Holanda, Ismênia de Carvalho Brasileiro, Waleska Nunes de Albuquerque, Aline Veras Moraes Brilhante, Raimunda Magalhães da Silva

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MÃES DE CRIANÇAS DES-
NUTRIDAS: UM ESTÍMULO AO DESENVOLVIMENTO
SAUDÁVEL DA MOTRICIDADE OROFACIAL | 96**

*Denise Klein Antunes, Camila Bezerra da Silva, Josefa Ferreira de Souza, Da-
niele de Araújo Oliveira Carlos, Stefanie Garcia da Silva Cruz Lima, Christina
Cesar Praça Brasil*

**ESTILO DE VIDA DE ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA
EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR | 119**

*João Lucas Aguiar Lima, Iaramina Marques Ramos, Ismênia de Carvalho Bra-
sileiro, Cristiano Araújo Teles, Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro, Aline Veras
Morais Brilhante*

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD EN JÓVENES | 135

Beatriz Carrasquer, Adrián Ponz, María Victoria Álvarez

**INFLUÊNCIA DO MÉTODO PILATES NO DESEMPENHO
DE ATIVIDADES E QUALIDADE DE VIDA DE SEDENTÁ-
RIAS | 157**

*Wivianne de Farias Holanda, Ismênia de Carvalho Brasileiro, Cleoneide Paulo
Oliveira Pinheiro, Soraya da Silva Trajano, Tallys Newton Fernandes de Matos,
Maxmiria Holanda Batista*

**OFICINAS EDUCATIVAS E A MEDIAÇÃO DO CONHECI-
MENTO DE PRIMÍPARAS PARA A PROMOÇÃO DO DE-
SENVOLVIMENTO INFANTIL | 174**

*Mirna Albuquerque Frota, Karla Maria Carneiro Rolim, Adryana Aguiar
Gurgel, Kamila Ferreira Lima, Cíntia de Oliveira Castelo Branco Sales*

**PLANTÃO EDUCATIVO PARA A PREVENÇÃO DE DST/
HIV/AIDS COM ADOLESCENTES ESCOLARES | 190**

*Ana Cristina Pereira de Jesus Costa, Ana Maria Fontenelle Catrib, Neiva Fran-
cenyly Cunha Vieira*

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS (ABP): ABORDAGEM NO CONTEXTO FAMILIAR ENTRE DISCENTES DE MEDICINA. | 210

Danilo Pinheiro, Rayssa Pinheiro Lourenço, Mariana Barroso Maciel Costa, Tattieri Alenninne Cardoso Barros, Raissa Jamacaru Pinheiro Rodrigues

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ÓTICA DOS USUÁRIOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 233

Valéria Cristina Estevam de Almeida, Mariana Ramalho de Farias, Paulo Leonardo Ponte Marques, Lucianna Leite Pequeno, Luíza Jane Eyre de Souza Vieira, Maria Vieira de Lima Saintrain

PROMOÇÃO DA SAÚDE PAUTADA NO ENSINO EM HABILIDADES PARA A VIDA ENTRE ESCOLARES ADOLESCENTES | 251

Amanda Peres Lustosa, Aline de Souza Pereira, Juliana Guimarães e Silva, Samira Valentim Gama Lira, Poliana Hilário Magalhães, Ceci Vilar Noronha, Luíza Jane Eyre de Souza Vieira

A FORMAÇÃO DE PROFESSORES PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE BRASILEIRA: ANÁLISE CURRICULAR..... 273

Maxmíria Holanda Batista, Valentin Gavidia Catalan, Christina Cesar Praça Brasil, Jader Breno Soares de Gouveia, Sanderis Aline Saldanha Lima, Ana Maria Fontenelle Catrib

COMPORTAMENTOS DE RISCO ENTRE ADOLESCENTES: CONHECER PARA INTERVIR | 294

Lília Braga Maia; Jorge Mota; Ana Maria Fontenelle Catrib

SOBRE OS AUTORES | 318

CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS: EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS

José Ferreira da Silva Bastos

Vem à lume mais uma importante obra sobre temas que aguçam a intelectualidade de educadores, profissionais que atuam nas áreas da saúde e da educação, estudantes, mas que são temas de interesse de toda a população.

O que se observa no conjunto de trabalhos que fazem esta coletânea é a intenção dos autores de produzir um material de rico valor didático e pedagógico, com o fito de prover o público de subsídios capazes de favorecer uma vida saudável, no âmbito biopsicossocial.

A utilização de uma cartilha educativa para gestantes, por exemplo, aparece como preocupação de pesquisadores no sentido de oferecer orientações adequadas a mulheres durante o período gravídico. Observamos, ainda, o excelente trabalho voltado para mães de crianças, de 0 a 6 anos, desnutridas, como parte do programa de educação em saúde.

Na mesma linha de produzir material didático e de qualidade para públicos específicos, há que se ressaltar o relevante trabalho que envolve uma cartilha educativa para mulheres mastectomizadas, que tem a premissa social de contribuir para o resgate da autoestima de mulheres no pós-operatório de mastectomia. Ao lado dessa pesquisa, me-

rece relevo a pertinência do artigo que se preocupa com o estilo de vida de estudantes de fisioterapia. Essa preocupação se evidencia, na medida em que se demonstram as informações constantes desse importante estudo.

O cuidado com as mães de primeira viagem é observado no artigo **Oficinas Educativas e a Mediação do Conhecimento de Primíparas para a Promoção do Desenvolvimento Infantil**. O estudo foi conduzido com o objetivo de analisar as concepções de mães primíparas sobre o desenvolvimento do filho, mediado pelas oficinas educativas.

Ademais, merece destaque a importância da criação de um **Plantão Educativo para a Prevenção de DST/HIV/AIDS com Adolescentes Escolares**, cujo objetivo é proporcionar maior aproximação do adolescente com o enfermeiro, na busca de respostas a dúvidas/angústias, relacionadas ao exercício seguro da sua sexualidade.

No artigo **Evolución del Concepto de Salud en Jóvenes**, os autores fazem uma pesquisa sobre a concepção que têm os jovens a respeito do conceito de saúde e dos fatores que contribuem para a boa saúde, ao tempo em que nos oportuniza conhecer o excelente estudo sobre o currículo oficial da educação sexual espanhola, nos níveis primário e secundário, a fim de se observar a eficácia dos ensinamentos na vida sexual dos jovens espanhóis.

Outra abordagem pertinente diz respeito ao levantamento epidemiológico acerca dos comportamentos relacionados à saúde dos estudantes do ensino médio (conhecer) antes do programa de intervenção (intervir), referentes ao consumo de álcool e de cigarro, e prática de atividade fisi-

ca. A abordagem sobre uma fase importante da vida verifica-se no estudo **Promoção da Saúde Pautada no Ensino em Habilidades para a vida entre Escolares Adolescentes**. Este estudo descreve uma intervenção em promoção da saúde pautada no Ensino em Habilidades para a Vida com escolares adolescentes, mediante suas percepções e os efeitos ocasionados pela intervenção em suas vidas.

A avaliação do método Pilates para a melhoria no nível de desempenho das atividades físicas e de qualidade de vida de sedentárias saudáveis também é tema desta coletânea, considerando que esta pesquisa permitiu a obtenção de informações importantes para os profissionais da área e para a população estudada. Preocupação semelhante, verificamos na abordagem sobre as ações desenvolvidas pela enfermagem para o aumento da adesão terapêutica ao tratamento de doenças crônicas. O mesmo se pode dizer do estudo relacionado à percepção do estudante de medicina sobre o conceito, a relevância e as estratégias em promoção da saúde com base nas experiências de ensino-aprendizagem de um currículo em ABP.

No artigo **Promoção da Saúde na Ótica dos Usuários Assistidos pela Estratégia Saúde da Família**, objetivou-se avaliar o conhecimento dos usuários inseridos no território de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF), quanto aos conhecimentos e práticas de Promoção da Saúde.

Há que se ressaltar, ainda, a interessante análise sobre **A Formação de Professores para a Educação em Saúde Brasileira: Análise Curricular**. O propósito deste artigo

consiste em fazer um levantamento da importância da inserção de assuntos que abordem o tema “saúde” na formação de professores, com vista a torná-los multiplicadores de um ambiente educacional mais favorável à saúde.

A coletânea **Educação para a Saúde e Comportamentos Saudáveis** oferece ao público um conteúdo pautado num sério e profundo estudo, que permeia vieses importantes no que concerne à saúde, à educação e, ainda, à cultura relativa ao comportamento das pessoas na relação com seus hábitos alimentares e com as atividades físicas.

Recomenda-se, pois, uma leitura atenta desta obra, a fim de que se possa sorver a riqueza de conteúdo decorrente do esforço intelectual de uma gama de pesquisadores que se notabilizam pelo forte interesse na promoção da saúde, por meio da educação.

AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS: REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A PRÁTICA DE ENFERMAGEM¹

Célida Juliana de Oliveira, Francisca Bertilia Chaves Costa, Emiliana Bezerra Gomes, Kenya Waléria de Siqueira Coelho Lisboa, Maria Eugênia Alves Almeida Coelho, Nuno Damácio de Carvalho Félix.

INTRODUÇÃO

A adesão terapêutica pode ser entendida como o grau de seguimento ou concordância com as recomendações dos profissionais de saúde¹, ou seja, as atitudes e os comportamentos da pessoa com alguma doença em relação às medidas prescritas pela equipe de saúde são os principais fatores a serem levados em consideração ao se abordar esta temática. Isso porque a adesão é influenciada por fatores pessoais, fatores relacionados à doença e às formas de tratamento adotadas e por fatores psicossociais, como relacionamento com a equipe de saúde, suporte emocional, cultura e acesso ao sistema de saúde.

Diversos autores reforçam que a não-adesão à terapêutica instituída ou a adesão de forma parcial ao tratamento de determinadas doenças, principalmente as crônicas, se constituem grandes desafios aos profissionais que trabalham ou in-

¹ Artigo desenvolvido dentro da disciplina Análise Crítica das Práticas de Enfermagem na Promoção da Saúde do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

vestigam nessa área, sendo alvo de estudos variados que buscam minimizar ou anular os efeitos nocivos da não-adesão.

A necessidade de prestar o cuidado de maneira planejada, organizada, humanizada e segura tem impulsionado a enfermagem a buscar estratégias que atendam às necessidades do cliente e, ao mesmo tempo, tentam fazê-lo modificar padrões e estilos de vida incongruentes com sua saúde. Diante desse quadro, o desenvolvimento de estratégias de intervenções direcionadas ao paciente, à família e à comunidade se faz necessário na enfermagem por ser uma área com diversas facetas, como o cuidar, o gerenciar e o educar, entre outras. Portanto, é mister a formulação e a organização do pensamento crítico, relacionando-o com as diversas atividades que se apresentam no cotidiano dos enfermeiros no seu processo de trabalho.

Por conta disso, torna-se evidente a necessidade de políticas de saúde que influenciem positivamente na adesão ao tratamento das doenças crônicas. Entende-se ser relevante uma investigação crítica da produção científica da enfermagem sobre adesão terapêutica, visando identificar se os artigos desenvolvidos pela categoria nos últimos cinco anos trazem ações de promoção da saúde refletidas na prática de enfermagem, já que a adesão terapêutica é um aspecto de fundamental importância para que haja a redução da morbidade e mortalidade associada às doenças crônicas. O seguimento da terapêutica medicamentosa e não medicamentosa prescrita torna-se um espaço onde o enfermeiro deve encontrar-se inserido, buscando estratégias junto ao cliente para aumentar sua adesão e o cuidado em relação à redução da incidência de fatores de risco que possam contribuir para o

surgimento de complicações.

Com isso, objetivou-se investigar as ações desenvolvidas pela enfermagem no aumento da adesão terapêutica ao tratamento de doenças crônicas com enfoque nos aspectos das abordagens da promoção da saúde descritas por Naidoo e Wills e Sykes.

REFERENCIAL TEÓRICO

Para a análise crítico-reflexiva das pesquisas selecionadas, adotou-se o pensamento de Naidoo e Wills⁸, os quais descrevem cinco tipos diferentes de abordagens para a promoção da saúde (Médica ou preventiva; Mudança de comportamento; Educacional; Empoderamento e Mudança social), complementado por Sykes⁹, que descreve as abordagens em Biomédica, Comportamental e Socioambiental.

De uma maneira geral, os objetivos das abordagens são evitar (prevenir) a doença, garantir que as pessoas fiquem bem informadas e capazes de fazer escolhas de saúde, ajudar as pessoas a adquirir as competências e a confiança para ter um maior controle sobre a sua saúde e/ou mudar políticas e ambientes, a fim de facilitar escolhas saudáveis⁸.

Todas as abordagens refletem diferentes formas de trabalho, nas quais as ações são determinadas pelos objetivos previamente determinados, ou seja, o tipo de intervenção irá variar de acordo com as circunstâncias e objetivos que necessitam ser alcançados, podendo haver sobreposição de diferentes abordagens.

METODOLOGIA

Estudo de caráter descritivo, realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica, que está associada a uma revisão de literatura para facilitar a delimitação do tema. A partir desta pesquisa, foi realizado um estudo reflexivo sobre a promoção da saúde, considerando a prática de enfermagem com pessoas com doenças crônicas com relação à adesão terapêutica.

O estudo bibliográfico constitui-se em um tipo de estudo relevante para a enfermagem que tem como propósito gerar nos leitores uma compreensão do conhecimento atual relativo à determinada temática.

Os passos para a análise dos artigos foram:

a) Pesquisa no *website* da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que contempla a quase totalidade dos bancos de dados da área da saúde. Esta pesquisa ocorreu no início do mês de outubro de 2008, com as seguintes características:

- Entrada pelo *site*, em português: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>;
- Busca pelo método integrado (palavras-chave presentes em todos os índices; busca em todas as fontes; todos os anos);
- Termo utilizado: Adesão terapêutica;
- Posteriormente, os resultados encontrados foram ordenados por ano, de forma decrescente.

b) Seleção dos artigos.

Foram encontrados pelo método de busca integrado 199 artigos sobre adesão terapêutica, considerando toda a área da saúde e áreas específicas. Ao aplicar os critérios de

inclusão (delimitação do período de publicação entre 2003 e 2008, disponibilidade gratuita e na íntegra) e excluindo-se os artigos repetidos, restaram 43 artigos científicos.

Destes, foram selecionados para análise aqueles com autoria exclusiva de enfermeiros, publicados em periódicos indexados nos bancos de dados abrangidos pela BVS e que apresentassem envolvimento com a temática adesão terapêutica, totalizando nove artigos.

Após a seleção, procedeu-se à leitura exaustiva dos artigos na íntegra, com o intuito de analisar criticamente a prática de enfermagem voltada para a melhoria da adesão terapêutica, confrontada com as abordagens da promoção da saúde.

Por se tratar de um estudo bibliográfico, não foi necessário submeter o projeto à avaliação de Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme determina a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Após a leitura criteriosa dos artigos, visou-se inicialmente descrever suas principais características, para uma compreensão mais abrangente dos mesmos.

Quadro 1: Caracterização dos artigos sobre adesão à terapêutica de doenças crônicas em referência à autoria, ano de publicação, tema, objetivos, clientela, cenário e abordagens da Promoção da Saúde identificadas. Fortaleza, 2008.

| Nº Artigo Autores/Ano | Tema | Objetivo(s) do estudo | Clientela Cenário | Abordagens identificadas |
|--|--|---|---|--|
| Artigo 1 MANTOVANI, MOTTIN e RO- DRIGUES, 2007 | Avaliação de estratégias educativas para o controle da hipertensão arterial | <ul style="list-style-type: none"> ● Comparar a manutenção dos níveis de pressão arterial dentro dos padrões de normalidade de pessoas com Hipertensão Arterial, acompanhados e monitorados em atividades educativas com família e/ou individualizadas | <ul style="list-style-type: none"> ● Maiores de 18 anos ● Domicílio | <ul style="list-style-type: none"> ● Biomédica ● Mudança de comportamento ● Empoderamento |
| Artigo 2 PAIVA e GALVÃO, 2006 | Infecção pelo HIV em adolescente grávida | <ul style="list-style-type: none"> ● Descrever um caso de adolescente grávida e portadora de HIV ● Analisar a vivência da maternidade nesse contexto | <ul style="list-style-type: none"> ● Adolescente ● Hospital | <ul style="list-style-type: none"> ● Biomédica ● Empoderamento |
| Artigo 3 COLOMBRINI, LOPES e FIGUEI- REDO, 2006 | Análise dos fatores que influenciam a não-adesão à Terapia Antiretroviral Altamente Eficaz (HAART) | <ul style="list-style-type: none"> ● Analisar, mediante revisão de literatura, os fatores de riscos de não-adesão à HAART ● Agrupá-los e relacioná-los à pessoa em tratamento, à doença, ao tratamento e ao serviço de saúde e suporte social | <ul style="list-style-type: none"> ● Revisão da literatura | <ul style="list-style-type: none"> ● Biomédica ● Mudança de comportamento |
| Artigo 4 FAEDA e LEON, 2006 | Levantamento de diagnósticos de enfermagem na assistência à pessoa com diabetes | <ul style="list-style-type: none"> ● Relatar a assistência de enfermagem a um paciente com Diabetes Mellitus tipo 2, utilizando a taxonomia da NANDA, para a construção dos diagnósticos de Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> ● Idosos ● Unidade Básica de Saúde | <ul style="list-style-type: none"> ● Biomédica ● Educativa ● Empoderamento |
| Artigo 5 FALCÃO, GUE- DES e SILVA, 2006 | Aspectos do sistema pessoal de King em pessoas com hipertensão | <ul style="list-style-type: none"> ● Compreender os conceitos do sistema pessoal do Modelo Conceitual de Imogene King em pessoas com hipertensão arterial | <ul style="list-style-type: none"> ● Maiores de 18 anos ● Hospital | <ul style="list-style-type: none"> ● Mudança de comportamento ● Educativa ● Empoderamento |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Artigo 6 ATAÍDE e DAMAS- CENO, 2006 | Análise dos fatores que influenciam a não-adesão ao autocuidado em pessoas com diabetes | <ul style="list-style-type: none"> ● Conhecer os fatores que interferem na adesão dos diabéticos ao autocuidado | <ul style="list-style-type: none"> ● Mulheres ● Unidade Básica de Saúde | <ul style="list-style-type: none"> ● Empoderamento ● Mudança social |
| Artigo 7 GIR, VAICHULONIS e OLIVEIRA, 2005 | Análise dos fatores que influenciam a adesão à terapia antiretroviral | <ul style="list-style-type: none"> ● Identificar fatores determinantes facilitadores e dificultadores da adesão à terapêutica ARV ● Avaliar as informações obtidas pelos indivíduos com HIV/aids, em seguimento clínico ● Propor medidas interventivas visando aumentar a adesão desses indivíduos à terapêutica ARV | <ul style="list-style-type: none"> ● Maiores de 18 anos ● Hospital | <ul style="list-style-type: none"> ● Biomédica ● Mudança de comportamento ● Educativa ● Empoderamento |
| Artigo 8 PACHECO e SANTOS, 2005 | Autocuidado na doença renal crônica | <ul style="list-style-type: none"> ● Propor ações de enfermagem pautadas no educar/cuidar com ênfase no autocuidado do cliente com DRC, fundamentado na teoria de Orem | <ul style="list-style-type: none"> ● Revisão da literatura | <ul style="list-style-type: none"> ● Biomédica ● Educativa ● Empoderamento |
| Artigo 9 GUEDES et al., 2005 | Análise dos fatores que influenciam a não-adesão terapêutica e sua relação com crises hipertensivas | <ul style="list-style-type: none"> ● Investigar características sociodemográficas e de adesão terapêutica de portadores de hipertensão arterial ● Conhecer o que sabem sobre a doença e tratamento, suas expectativas em relação ao tratamento, os motivos que os fazem procurar serviços de urgência e emergência e a que atribuem a ocorrência das crises hipertensivas | <ul style="list-style-type: none"> ● Maiores de 18 anos ● Hospital | <ul style="list-style-type: none"> ● Biomédica ● Mudança de comportamento |

Como observado pelo quadro 1, três artigos abordaram a hipertensão arterial, três a infecção pelo HIV/AIDS, dois artigos trataram do diabetes e uma pesquisa enfocou a doença renal crônica. Em todas as pesquisas podem-se identificar pelo menos duas abordagens para a promoção da saúde, mesmo que não tenha sido esse o foco prioritário dos autores dos artigos, apesar de ser recomendado que a contribuição dos enfermeiros na promoção da saúde deve ser baseada em alvos e objetivos claros, com metas identificadas e resultados esperados.

Ao aprofundar o olhar crítico nos artigos selecionados, vê-se que é clara a intenção dos autores em realizar pesquisas aplicáveis à prática clínica. A maioria dos enfermeiros, especialmente aqueles diretamente envolvidos em programas de pós-graduação, desenvolve, aplica ou apoia atividades de pesquisa na clínica, como ferramenta para tomada de decisões clínicas e administrativas. Como a enfermagem ministra a proporção maior de cuidado direto ao paciente, alguns autores ressaltam que esses profissionais têm habilidade para identificar os problemas que estão ocorrendo, desenvolver pesquisas baseadas em evidências na prática e, assim, trazer benefícios diretos aos pacientes, sua família e comunidade¹².

O enfermeiro deve ser visto como uma das peças fundamentais no tratamento de pessoas com doenças crônicas, procurando minimizar os riscos do surgimento de complicações e outras doenças associadas, evitando o abandono da terapêutica e incentivando-as a se sentirem corresponsáveis por sua saúde.

A seguir, tem-se a análise de aspectos dos artigos que demonstram ações da enfermagem visando à promoção da saúde, a partir das abordagens de Naidoo e Wills e Sykes.

ABORDAGEM MÉDICA OU BIOMÉDICA

A abordagem biomédica de promoção de saúde tem foco primário na prevenção e/ou ausência da doença, focalizando fundamentalmente os fatores de risco, como demonstrado nos trechos a seguir:

Em relação aos fatores de risco foram analisados os seguintes itens: história familiar, tabagismo, etilismo, hábitos alimentares, obesidade, diabetes, hiperlipidemia, sedentarismo e estresse. (Artigo 1)
Os fatores de risco encontrados para não adesão foram agrupados de acordo com: aqueles relacionados à pessoa sob tratamento, à doença, ao tratamento, ao serviço de saúde e suporte social. (...)
Com esta variedade de fatores, é fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para identificar os principais fatores de riscos para a não-adesão e, assim, propor intervenções que efetivamente viabilizem a promoção da adesão do cliente/cuidador ao tratamento proposto. (Artigo 3)
As ações da equipe de saúde têm como meta atuar de forma integrada, mantendo um consenso no trabalho. Assim, é função do Enfermeiro, além de capacitar sua equipe de auxiliares na execução das atividades, realizar as consultas de Enfermagem, identificar os fatores de risco e de adesão, possíveis intercorrências no tratamento e encaminhar ao médico quando necessário. (Artigo 4)

No caso da adesão terapêutica, a análise dos fatores de risco visando à promoção da saúde de pessoas com alterações crônicas de saúde vai além dos fatores predisponentes das doenças. Alguns autores catalogam os fatores que podem

interferir no processo de adesão em grupos como aqueles relacionados aos clientes (sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade, nível socioeconômico), aspectos psicossociais (autoeficácia, automotivação, autoestima, personalidade, percepção, ansiedade/depressão, suporte social e familiar), fatores relacionados à doença (cronicidade, ausência de sintomas, consequências tardias), crenças e cultura (percepção da seriedade da doença, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, percepção do conceito saúde/doença), fatores relacionados ao tratamento em si (custo, efeitos adversos, esquemas terapêuticos complexos, qualidade de vida, seleção inadequada de drogas), fatores relacionados aos serviços de saúde (políticas, acesso ao serviço, tempo de espera/atendimento), relacionamento com a equipe (envolvimento, empatia) e a presença de doença concomitantes.

A abordagem médica centra-se ainda nas atividades que têm por objetivo reduzir a morbidade e a mortalidade prematura, sendo dirigida a toda população ou a grupos de alto risco. De certa forma, torna o indivíduo dependente dos conhecimentos médicos, reduzindo as decisões de saúde das pessoas envolvidas, já que os profissionais de saúde são encorajados a convencer os clientes a cooperar e a cumprir com o tratamento proposto. Preocupam-se essencialmente com intervenções clínicas para a prevenção e têm suas ações iniciadas e conduzidas pelos profissionais, baseadas e dirigidas quase sempre por evidências epidemiológicas. A abordagem possui três níveis de intervenção: Primária (prevenção do aparecimento da doença); Secundária (evitar a progressão da doença) e Terciária (reduzir incapacidades em pessoas que já se encontram doentes e evitar a reincidência de doenças). Estes aspectos podem ser vistos nos trechos a seguir:

... no grupo caso houve um melhor controle dos níveis de PAM, sendo que 43% mantiveram os parâmetros de normalidade e 43% reduziram os níveis para menos que 110 mmHg. O grupo-controle apresentou manutenção dos níveis de PAM acima da normalidade em 28% dos participantes, sendo que os 55% que possuem PAM em níveis normais apenas mantiveram-na. (Artigo 1)

O compromisso assumido com estes usuários denota a relevância da atenção dispensada ao tratamento das doenças crônicas, que necessitam de constante vigilância e que precisam de acompanhamento constante para adesão e possivelmente para minimizar o aparecimento de complicações. (Artigo 1)

A equipe de enfermagem pode intervir de forma efetiva na comunidade e nas instituições de apoio, mediante formação específica em escolas, grupos de adolescentes, funcionários e voluntários das instituições de apoio visando o auxílio aos indivíduos mais carentes e debilitados em suas atividades diárias e a distribuição ou administração da medicação ARV a esses sujeitos incapazes de se responsabilizarem e ingerirem a medicação, tornando-se essa, uma medida bastante conceituada em relação ao cuidado domiciliar. (Artigo 7)

Para tanto, nesse cotidiano no qual o cliente encontra-se imerso em suas dificuldades advindas da situação de doença renal que o leva a refletir frequentemente na finitude de sua vida, a enfermeira, como educadora, apesar do seu desenvolvimento no conhecimento técnico-científico, muitas vezes direcionado para a implementação do modelo biologicista da área da saúde... (Artigo 8)

As intervenções são usualmente avaliadas em termos de morbimortalidade e outros indicadores clínicos. A natureza clínica desta abordagem de promoção da saúde significa que se adéqua confortavelmente dentro do cenário hospitalar e como resultado pode dominar como clínicos planejam e implementam iniciativas de promoção da saúde. As ações desenvolvidas pelos enfermeiros, identificadas nos artigos que refletem a abordagem biomédica, foram:

Enquanto técnica para amenizar os efeitos colaterais, a enfermagem deve primar pela individualização, ou seja, considerar cada indivíduo como um indivíduo, com suas especificidades. Assim, poderá contribuir efetivamente, enquanto membro da equipe interdisciplinar para a avaliação e indicação do esquema mais apropriado para o paciente. (Artigo 7)

A individualização do tratamento é questão muito importante quando se objetiva simplificação do esquema terapêutico, instituição de modificações no estilo de vida, avaliação e discussão dos efeitos colaterais relacionados com o uso de medicamentos anti-hipertensivos, em conjunto com a avaliação da adesão ao tratamento proposto. (Artigo 9)

Cabe aos profissionais de saúde esclarecer não só o tratamento, mas, de acordo com o nível instrucional de cada paciente, o significado da doença e suas implicações fisiopatológicas. (Artigo 9)

Para uma adesão eficiente ao tratamento medicamentoso, o enfermeiro deve lembrar que, por si só, algumas exigên-

cias do regime terapêutico, como ingestão dos medicamentos e alterações nos hábitos de vida, representam grandes modificações na vida do indivíduo com alguma cronicidade e de sua família, que passa a ter sua dinâmica afetada, áreas chave para a implementação de dinâmicas educativas.

Por conta disso, a adesão à terapêutica instituída é um aspecto de fundamental importância para que haja a redução da morbidade e mortalidade associada às doenças crônicas. A abordagem biomédica enquadra-se no seguimento da terapêutica medicamentosa e não medicamentosa prescrita, a qual se torna um espaço onde o enfermeiro deve estar inserido, buscando estratégias junto ao cliente para aumentar sua adesão e o cuidado em relação à redução da incidência de fatores de risco que possam contribuir para o surgimento de complicações.

ABORDAGEM COMPORTAMENTAL OU DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

Esta abordagem tem como objetivo incentivar os indivíduos a adotar comportamentos saudáveis, o que é visto como a chave para a melhoria da saúde. No entanto, é claro que há uma relação complexa entre comportamento individual e fatores sociais e ambientais, que nem sempre estão sob total controle do indivíduo.

Desse modo, a abordagem comportamental é baseada na identificação do impacto que o estilo de vida e comportamento das pessoas produz em sua saúde. Intervenções de promoção de saúde baseadas nesta perspectiva visam mudar comportamentos incongruentes com a saúde e encorajar a adoção de estilos de vida saudáveis para posteriormente prevenir agravos.

“Os usuários portadores de cardiopatias devem ser orientados quanto à mudança de hábitos prejudiciais e à manutenção de um estilo de vida adequado para a promoção de sua saúde, buscando promover a sua perda de peso (caso esteja acima do padrão), restringindo o sódio de sua dieta e inserindo frutas e vegetais”. (Artigo 1)

“É preciso esclarecer melhor o cliente sobre a importância do tratamento não-medicamentoso, porquanto este pode influenciar diretamente nos níveis tensionais, além de ser essencial para se atingir e manter uma qualidade satisfatória de vida”. (Artigo 9)

A abordagem de mudança de comportamento vê a saúde como propriedade individual, e tende a ser focalizada em indivíduos ou pequenos grupos, embora campanhas educativas em saúde baseadas na população visem mudar o comportamento das pessoas. É essencialmente uma abordagem vertical, o que reforça a divisão entre o especialista que conhece a forma de melhorar a saúde e o público em geral que necessita de educação e de aconselhamento. No entanto, as intervenções podem ser direcionadas de acordo com a declaração das necessidades do cliente ou quando estas tenham sido identificadas.

O foco das abordagens comportamentais de promoção da saúde pode ser educacional – dando às pessoas informações precisas sobre o impacto de seus comportamentos sobre a saúde, tornando-se então hábeis para fazer escolhas informadas sobre seu estilo de vida. Isto pode, entretanto, ir além do fornecimento de informação e incluir trabalho para

desenvolver habilidades e estratégias que pessoas necessitam para implementar e sustentar mudanças em seus estilos de vida. As pesquisas dos enfermeiros reconhecem a importância deste aspecto educativo da abordagem de mudança de comportamento:

Reforça-se aqui a necessidade da educação em saúde. Como percebemos, em alguns depoimentos, as pessoas foram orientadas sobre a necessidade de mudanças nos hábitos e estilo de vida, mas a maioria não segue as devidas orientações. (Artigo 5)

A adesão deve ser construída, sendo que sempre que ela acontece o cliente apropriou-se do tratamento, ou seja, há um comprometimento decorrente da compreensão do que o tratamento significa e de sua eficácia. Isto reitera o papel de educador que o enfermeiro, como membro da equipe multiprofissional, deve assumir neste contexto de construção da compreensão do cliente sobre o seu tratamento. O enfermeiro, assim como os demais profissionais da saúde, terá que se comprometer, estabelecer vínculos com o cliente e/ou cuidador, desenvolver mecanismos que propiciem a adesão à terapêutica, de forma que a pessoa doente possa conhecer a importância de realizar o seu tratamento corretamente. (Artigo 3)

Os profissionais de saúde precisam ser, antes de tudo, educadores, facilitadores das transformações nas mentes humanas. Para isso, é necessário haver uma boa comunicação/relação entre o profissional e o cliente, e a valorização deste como agente do próprio cuidado. (Artigo 9)

A educação das pessoas com doenças crônicas objetiva influenciar o seu comportamento para a obtenção de mudanças e sua manutenção, sendo um processo de amadurecimento e desenvolvimento que conduz as pessoas à ampliação de suas percepções. A sua implementação sofre forte influência de fatores ambientais e de comportamento e, para atingir as metas propostas, os profissionais devem estimular o compromisso da pessoa com seu próprio tratamento, sem utilizar-se de coerção ou intimidação. A grande dificuldade reside em atender às necessidades do cliente e, ao mesmo tempo, tentar fazê-lo modificar padrões e estilos de vida incongruentes com sua saúde.

Os estudiosos das abordagens da promoção da saúde, entretanto, reforçam que tomar decisões relacionadas com a saúde é um processo complexo e, a menos que a pessoa esteja pronta para agir, é pouco provável que seja eficaz, ou seja, a efetividade dessa abordagem depende do ponto em que os indivíduos desejam e estejam habilitados a realizar essas mudanças. Isto também pode ser observado em um dos artigos selecionados:

Identificar os limites individuais, os enfrentamentos sociais, as barreiras para a adesão e através da escuta ativa, de vínculos estabelecidos, permeado por bom senso, criatividade e competência, o enfermeiro pode sensibilizar o indivíduo para minimizar componentes intervenientes negativos, com destaque aos biopsicossociais. (Artigo 7)

A promoção da saúde incorpora uma amplitude de atividades que vão além da simples educação em saúde e atividades que visam à mudança de estilos de vida. O potencial de envolvimento do enfermeiro com a clientela pode contribuir para o desenvolvimento estrutural de comportamentos que são alicerces da saúde, encorajando a participação de indivíduos e comunidades em questões de saúde e contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde.

ABORDAGEM EDUCATIVA

O objetivo desta abordagem é o de fornecer conhecimentos e informações, e desenvolver as competências necessárias para que as pessoas possam fazer uma escolha informada sobre seu comportamento de saúde. A abordagem educativa deve ser diferenciada da relativa à alteração de comportamentos, no sentido de que não pretende persuadir ou motivar uma mudança de direção determinada. No entanto, a educação é destinada a ter um desfecho, que será a escolha voluntária do cliente e não a preferência do promotor de saúde.

Baseia-se num conjunto de pressupostos sobre a relação entre os conhecimentos e o comportamento: havendo o aumento do conhecimento, vai haver uma mudança de atitudes que pode levar à alteração de comportamento. No entanto, as informações, por si só, podem não ser suficientes para mudar comportamentos e até mesmo o desejo e a capacidade de mudar não são garantias de que o indivíduo vai fazê-lo. Tais características dessa abordagem podem ser vistas a seguir:

A enfermeira deve desenvolver atividades educativas para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade, procurar contribuir para a adesão do paciente ao tratamento. (...) A educação em saúde, torna-se o próprio tratamento do Diabetes Mellitus tipo II (...) cabe a ação educativa, ver e tratar o indivíduo de maneira integral e complicações do Diabetes Mellitus, observamos que, no âmbito pessoal, a questão de relações profissional-paciente não é levado em consideração, como sendo um fator essencial para a adesão do paciente à terapêutica e às mudanças de hábitos de vida. (Artigo 4)

Um dos principais desafios da equipe multidisciplinar e das organizações de saúde é obter dos portadores de hipertensão arterial melhor adesão ao tratamento. Neste contexto, a educação em saúde apresenta-se como uma estratégia adequada para ensinar o hipertenso sobre sua doença e os modos de viver melhor, proporcionando-lhe oportunidades para expor dúvidas, dificuldades e acima de tudo conseguir os recursos e meios para se manter em tratamento. (Artigo 5)

Na equipe multiprofissional, o enfermeiro desenvolve sua ação educativa aos clientes, sobretudo considerando particularmente o ensino do autocuidado, porque ele pode conduzi-los à sua independência em questões de saúde e/ou à compreensão e aceitação dos cuidados indispensáveis para se manter em situação de bem-estar, apesar das alterações que o acometem. (Artigo 8)

Uma abordagem educativa para a promoção da saúde irá fornecer informações para ajudar os clientes a fazer uma escolha informada sobre seus comportamentos de saúde e também pode dar oportunidades para o cliente partilhar e

explorar suas atitudes em relação à própria saúde. Essa partilha pode ser através de uma discussão individual ou aconselhamento grupal. Programas educativos são geralmente liderados por um facilitador, embora os temas de discussão possam ser decididos pelos clientes.

Sugere-se estabelecer um exercício constante de escuta ativa, apoio emocional e respostas úteis e contextualizadas para construir um momento de crescimento, estimulando sua participação no atendimento, evitando-se julgamentos. O aconselhamento torna-se limitado, quando segue uma pedagogia verticalizada, pouco adequada ao adolescente, que vive uma fase geradora de crise, particularmente quando inserido em um contexto de grande complexidade que exige responsabilidades e impõe restrições. (Artigo 2)

O fornecimento de folhetos, cartazes, dispositivos visuais ou outros materiais de apoio está entre as estratégias que visam melhorar os índices de adesão à terapêutica de doenças crônicas, juntamente com a melhoria da comunicação com os clientes (comprovação sistemática da compreensão das informações), a utilização de material escrito, para reforçar a lembrança ou, no caso de clientes analfabetos, a equipe deve procurar instituir métodos compatíveis com a escolaridade e cultura local (por meio de desenhos, símbolos), transmissão de conceitos e instruções semelhantes por todos os membros da equipe de saúde para não confundir o cliente, simplificação e personalização do esquema terapêutico, orientação para que a família supervisione o tratamento

medicamentoso, identificação das causas de fundo da não-adesão voluntária, além do estreitamento das relações com a equipe e o envolvimento do paciente no seu autocuidado¹.

Metodologias, ou estratégias de ensino, não se limitam às orientações fornecidas durante as consultas, sendo eficaz a utilização de reuniões de grupo, com discussões, dinâmicas e exposição dialogada. Desta forma o paciente está interagindo diretamente na terapêutica. Estas tecnologias em educação em saúde visam inclusive, superar as dificuldades comuns em pacientes portadores de enfermidades crônicas como o Diabetes Mellitus. (Artigo 4)

A avaliação de suporte familiar e social, com incentivo dos familiares na participação do processo de tratamento, de forma a auxiliar e apoiar o indivíduo portador de HIV/aids, bem como a programação de reuniões periódicas com esses indivíduos e familiares com o intuito de que haja partilha de informações intra e interfamiliar e discussão dos problemas comuns, sendo essas feitas com o auxílio da equipe de saúde, constituem atitudes comprovadamente fundamentais para que ocorra perfeita adesão à terapêutica ARV. (Artigo 7)

A disponibilização de vídeos e outros recursos audiovisuais em sala de espera que abordem a infecção pelo HIV/aids, e outras doenças sexualmente transmissíveis e patologias associadas, bem como planejamento familiar, alimentação e adoção de comportamentos seguros, utilizando-os de acordo com a necessidade percebida pela equipe e manifestada pelos indivíduos, juntamente com a elaboração de panfletos informativos sobre a infecção em si e a terapêutica, são recursos instrutivos e pertinentes à educação continuada dos indivíduos com HIV/aids. (Artigo 7)

Em trabalhos com grupo, observa-se que os clientes sentem-se mais à vontade para expor seus saberes ou dúvidas, após alguma técnica artística. Assim, as orientações sobre o autocuidado devem surgir da iniciativa do grupo, para depois serem realizadas as orientações técnico-científicas. (Artigo 8)

A educação para a saúde deve compreender oportunidades de aprendizagem conscientemente construídas e que envolvam algum tipo de comunicação destinada a melhorar a saúde, incluindo a alfabetização, melhoria de conhecimentos e desenvolvimento de aptidões que são favoráveis à saúde do indivíduo e da comunidade, ou seja, o processo educativo deve fomentar a motivação, aptidões e confiança do indivíduo a tomar medidas necessárias para melhorar sua saúde.

ABORDAGEM DE EMPODERAMENTO (CAPACITAÇÃO)

A Organização Mundial da Saúde defende que a promoção da saúde deve permitir que as pessoas tenham controle sobre suas vidas. Neste aspecto, a promoção da saúde pode ser entendida como o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde e, assim, melhorá-la. Pode ser um empoderamento social, cultural, psicológico ou processo político mediante o qual indivíduos e grupos sociais são capazes de expressar suas necessidades, apresentar as suas preocupações, elaborar estratégias para a participação no processo decisório e atingir resultados políticos, sociais e culturais de modo a satisfazer essas necessidades.

A abordagem de empoderamento ajuda as pessoas a identificar as suas próprias preocupações e ganhar as habilidades e a confiança para agir sobre elas. Ela é a única na qual as intervenções são propostas a partir de um direcionamento “de baixo para cima” (abordagem centrada no cliente), ou seja, as ações são definidas pelas necessidades dos indivíduos ou comunidade. O desenvolvimento comunitário também é uma forma de empoderamento, por meio da identificação das preocupações da comunidade, visando trabalhar com eles para planejar um programa de ação que responda a essas preocupações.

O modo de as pessoas lidarem com as situações desfavoráveis é o que se chama de empowerment, e isso está diretamente relacionado à implementação de programas que promovam, nas comunidades, uma consciência crítica sobre a realidade vivida. Na educação para o autocuidado em diabetes, o empowerment tem sido definido como a descoberta e o desenvolvimento de uma capacidade inerente ao indivíduo: a de ser responsável pela sua vida. (Artigo 6)

Estudiosos afirmam que, para promover mudanças de comportamento, as orientações dadas aos diabéticos devem englobar aspectos subjetivos, emocionais, econômicos, sociais e culturais visto que influenciam a prática do autocuidado. (...) Para capacitá-las ao engajamento no autocuidado, torna-se imprescindível a parceria dos profissionais das outras áreas do conhecimento, tais como: direito, sociologia, economia, psicologia e arquitetura. (Artigo 6)

Ao aferir a existência de diversas dificuldades no nível da adesão, a equipe multidisciplinar dos serviços de apoio e atendimento aos indivíduos portadores de HIV/aids deve contribuir para melhorar a conduta do sujeito nessa área, recorrendo a técnicas específicas que o auxiliem a desenvolver e consolidar a sua capacidade de autodomínio. (Artigo 7)

A ênfase na capacitação provavelmente é familiar para muitos enfermeiros ao desenvolver um plano de cuidados com o paciente, pois seu papel de promotor da saúde é ajudá-lo a identificar as suas preocupações e áreas da saúde para a mudança. Porém, para muitos promotores de saúde, renunciar ao papel de especialista pode ser difícil e desconfortável, já que o promotor passa a ser um facilitador das ações de capacitação, devendo se retirar da situação após a capacitação ser completada.

“Considera-se fundamental que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, direcionem a sua prática profissional para ações que levem à independência, à autonomia e à qualidade de vida dos idosos”. (Artigo 4)

“A educação em saúde torna-se imprescindível, porquanto, no intuito de evitar agravos futuros, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo faz-se essencial, mesmo quando esta doença ainda se encontra assintomática. Assim, a educação em saúde tem como finalidade proporcionar uma educação crítica e transformadora, na qual o cliente é um promotor desta aprendizagem, com vistas a atender suas necessidades psicológicas, psicossociais e psico-espirituais”. (Artigo 5)

A implementação de orientação e aconselhamento para avaliar, discutir e sensibilizar o indivíduo sobre o impacto potencial da doença em sua rotina diária, e posteriormente com ele definir as estratégias factíveis ao incremento da adesão correta, considerando as condições socioeconômicas e culturais que possam impedir ou limitar uma boa adesão, constituem táticas imprescindíveis para amenizar a má adesão ao tratamento com ARV. (Artigo 7)
No processo educativo, o enfermeiro dá ênfase na ajuda ao cliente a fim de que ele possa cuidar de si mesmo ao reconhecer sua própria necessidade de cuidados, tornando-se responsável por sua própria vida. (Artigo 8)

Vale ressaltar o pensamento de Naidoo e Wills, os quais afirmam que para as pessoas serem empoderadas, elas necessitam reconhecer e compreender a sua impotência, sentir fortemente o desejo de alterar a sua situação e sentir-se capaz de mudar por ter recebido informação, apoio e desenvolver aptidões.

As visitas mensais para o grupo-caso e bimestrais para o grupo-controle são importantes no sentido de que o usuário sente que seu tratamento tem importância não somente para ele, mas também para a equipe de saúde e também possibilitam que as dúvidas que ocorrem durante o tratamento sejam sanadas. (Artigo 1)

A adoção de estratégias que visam à melhoria do envolvimento pessoal, interpessoal e social entre cliente e profissional, o desenvolvimento e a implementação de ações de

promoção da saúde mais próximas das percepções do indivíduo facilitam a eficácia das ações e influenciam positivamente no aumento da adesão aos tratamentos instituídos. Frequentemente, os enfermeiros afirmam que habilidades de comunicação e a qualidade do relacionamento enfermeiro-paciente são a contribuição mais significativa para a promoção da saúde, já que o próprio processo de enfermagem incentiva a identificação de problemas individuais e a compreensão que a saúde se dá como uma inter-relação entre fatores sociais e políticos, biomédicos e psicológicos.

O potencial para os enfermeiros se envolverem em todos estes aspectos pode contribuir para o desenvolvimento estrutural de comportamentos que são alicerce da saúde, encorajando a participação de indivíduos e comunidades em questões de saúde, com o conseqüente desenvolvimento de políticas públicas de saúde.

ABORDAGEM DE MUDANÇA SOCIAL OU SOCIOAMBIENTAL

A saúde representa um completo processo social e político, por isso sua manutenção ou restabelecimento requer ações direcionadas para o reforço das competências e capacidades dos indivíduos, aliadas a ações direcionadas para a mudança social, ambiental e condições econômicas, de modo a minorar o impacto desses fatores na saúde pública e individual.

A abordagem de promoção da saúde de mudança social reconhece que os determinantes de saúde são altamente complexos e incluem influências individuais, sociais, econômicas, culturais e ambientais. Seu objetivo é o de provocar

alterações no desenvolvimento físico, social e econômico, no intuito de criar um ambiente no qual se torna possível e realista para indivíduos fazerem e manterem escolhas e estilos de vida saudáveis, que terão o efeito de promoção de saúde.

É uma abordagem dirigida a grupos e populações, e envolve um método de trabalho vertical. Para tal política ser implementada com sucesso, no entanto, tem de ser apoiada por um público consciente da sua importância.

Conclui-se que, enquanto a preocupação dos profissionais recai apenas sobre a manutenção do controle glicêmico das diabéticas, a delas inclui, além do controle glicêmico, a questão de como encontrar modos de sobrevivência em meio tão adverso à vida saudável. Esse meio precisa ser modificado e, para tanto, faz-se necessário desenvolver políticas de saúde adequadas para transformar a realidade de pobreza e privação dessas que vivem em ambiente degradante e ameaçador constante à saúde. (Artigo 6)

Ao longo dos anos, a área na qual as depoentes residem foi se desenvolvendo e alguns problemas surgiram, entre eles a provisão inadequada dos serviços de infra-estrutura, a violência e o consumo e o tráfico de drogas. Essa realidade interfere no cuidado de si mesmas, já que se trata de um ambiente desfavorável ao processo de viver saudável. (Artigo 6)

Intervenções que operam dentro dessa abordagem requerem suporte estratégico e dependente de compromisso intersetorial. Por esta razão, muitos enfermeiros podem ver essa abordagem como sendo além de suas habilidades e reduzem sua adoção. Dentro deste enfoque, argumenta-se

que, para se ter um impacto sustentável sobre a saúde das comunidades com as quais trabalham, os enfermeiros necessitam ser politicamente conscientes e desenvolver amplas habilidades de análise política como uma parte integral de seu desenvolvimento profissional. A avaliação da abordagem de mudança social inclui resultados, como mudanças organizacionais legislativas, regulamentares ou que promovam a saúde.

Desse modo, a assistência às mulheres que participaram do estudo requer um diálogo interdisciplinar, enfatizando a articulação dos vários saberes, para que se possa desenhar um cuidado com equidade social, elevando a possibilidade do autocuidado. Capacitá-las a viver em situação adversa a sua saúde e incentivá-las a transformar tal situação constituem-se metas a serem alcançadas pelos profissionais envolvidos com essa clientela. (...) A promoção da saúde dos diabéticos não pode ser feita exclusivamente por profissionais de saúde, pois acredita-se que jamais se alcançará o autocuidado sem que se tenha essa participação intersetorial efetiva. (Artigo 6)

Compete aos gestores de saúde o desafio de avaliar os investimentos financeiros destinados à garantia assistencial à saúde dos diabéticos, a fim de que se possa intervir e colaborar ativamente para a manutenção do tratamento. (Artigo 6)

As políticas públicas devem considerar tais complexidades para que outras formas de intervenção sejam pensadas de maneira que possam trazer novas possibilidades de garantia à adesão ao autocuidado em diabetes. (Artigo 6)

O que os enfermeiros devem ter em mente é que o tipo de intervenção escolhida irá variar de acordo com as circunstâncias e objetivos que necessitam ser alcançados. O interessante é aliar as intervenções médicas e comportamentais às intervenções que remetem aos fatores estruturais, sociais e econômicos que aumentam o impacto na saúde dos indivíduos, comunidades e populações, já que, mesmo sem ter consciência disso, muitos profissionais não trabalham somente sob uma dessas perspectivas, sendo influenciados pelas demais, levando em consideração a condição de seus clientes⁹.

Apesar de ser crescente a participação dos enfermeiros em atividades que conduzem à promoção da saúde, estudiosos ressaltam que ainda são tímidas as propostas de estudos de eixos norteadores para a promoção da saúde, especialmente, na adoção de modelos, abordagens e teorias que fundamentem essas experiências, conferindo um grau limitado no planejamento, execução e avaliação dessas ações.

CONCLUSÃO

Após a análise crítica e reflexiva dos artigos que abordaram aspectos da adesão terapêutica, publicados por enfermeiros entre os anos de 2003 e 2008, observou-se que os profissionais desenvolveram ou descreveram ações visando à promoção da saúde de pessoas com doenças crônicas, muitas delas embasadas nas abordagens para a promoção da saúde descritas por Naidoo e Wills e Sykes.

Em relação às alterações crônicas de saúde, três artigos abordaram a hipertensão arterial, três abordaram a infecção pelo HIV/AIDS, dois artigos trataram do diabetes e uma

pesquisa abordou a doença renal crônica. Com relação à clientela atendida, a maioria dos autores tratou de adultos e o cenário de desenvolvimento dessas ações foi o hospital. Em todas as pesquisas puderam ser identificadas pelo menos duas abordagens para a promoção da saúde, mesmo que não tenham sido o foco prioritário dos autores dos artigos.

O reconhecimento de que a adesão terapêutica é multidimensional e influenciada por vários fatores além do controle individual (fatores sociais, ambientais, econômicos, políticos) também são aspectos importantes que foram descritos nos artigos.

A utilização de modelos, no caso, as abordagens para a promoção da saúde, pode auxiliar os profissionais a compreender os determinantes dos problemas de saúde, orientar nas soluções que respondem às reais necessidades dos envolvidos e possibilitar maiores chances no alcance dos objetivos propostos, tanto para a promoção da saúde, quanto para a prevenção de doenças.

Para trabalhar de forma a promover a saúde, o enfermeiro deve ter um enfoque sobre o reforço do bem-estar e não somente sobre a redução ou alívio das doenças. Além disso, deve permitir que os indivíduos e os grupos participem ativamente na forma como a sua saúde será promovida (corresponsabilidade), apoiando as pessoas a adquirir as competências e a confiança para ter maior controle sobre sua própria saúde.

Por conta disso, é de extrema importância e relevância para a enfermagem desenvolver mais estudos sobre como podem auxiliar os indivíduos na melhoria dos aspectos da adesão à terapêutica de doenças crônicas, visando sua re-

cuperação, reabilitação ou evitando o agravamento de suas consequências, para que, assim, os mesmos apresentem melhoria na sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- 1) BÉRIA JH. **Prescrição de medicamentos**. In: Duncan BB, Schimdt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 88-100.
- 2) PIERIN AMG; STRELEC MAAM; MION JÚNIOR D. **O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento**. In: Pierin AMG. **Hipertensão Arterial – uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole; 2004. p. 275-89.
- 3) ARAÚJO GBS; GARCIA TR. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual**. Revista Eletrônica de Enfermagem [periódico na Internet]. 2006 [acessado 2008 Out 28]; 8(2): 259-72. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm
- 4) JARDIM PCBV; JARDIM TSV. **Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo**. Rev Bras Hipertens 2006; 13(1):26-9.
- 5) FAE AB; OLIVEIRA ERA; SILVA LT; CADE NV; MEZADRI VA. **Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial**. R Enferm. UERJ, 2006 jan/mar; 14(1):32-6.
- 6) MARTINS JJ, ALBUQUERQUE GL; NASCIMENTO ERP; BARRA DCC; SOUZA WGA; PACHECO WNS. **Necessidade de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio**. Texto Contexto Enferm 2007 abr-jun; 16(2): 254-62.
- 7) SOUZA LM, WEGNER W, GORINI MIPC. **Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo**. Rev. Latino-americana Enfermagem, 2007. mar-abr; 15(2).

- 8) NAIDOO J; WILLS J. **Models and approaches to health promotion**. In: _____. Health promotion – foundations for practice. Bailliere Tindall; 2000. p. 91-111.
- 9) SYKES S. **Approaches to promoting health**. In: Wills J. Vital notes for nurses – Promotion Health. Blackwell; 2007. p. 46-65.
- 10) POLIT DF; BECK CT; HUNGLER BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre, Artmed; 2004.
- 11) BRASIL. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Rev. Bioética, 1996, 4(2).
- 12) MCMAHON A. **Research power**. Nurs Standard 2008 Apr; 22(30).
- 13) OLIVEIRA CJ; SILVA MJ; ALMEIDA PC; MOREIRA TMM. **Avaliação do risco coronariano em idosos portadores de hipertensão arterial em tratamento**. Arq. Bras. Ciências da Saúde 2008; 33(3): 162-7.
- 14) REINERS AAO. **Interação profissional de saúde e usuário hipertenso: contribuição para a não-adesão ao regime terapêutico**. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2005.
- 15) SOUSA ALL. **Educando a pessoa hipertensa**. In: Pierin AMG. Hipertensão Arterial – uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole; 2004. p. 165-84.
- 16) NUTBEAN D. **Health Promotion glossary**. Health Promotion International, 1998 13(4): 349-64.
- 17) MOREIRA TMM. **Tecnologia de cuidado na busca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial: desenvolvimento e avaliação de uma experiência em Fortaleza-Ceará**. [tese]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará; 2003.
- 18) WILLS J; NAIDOO J. **Theory into practice**. In: _____. Public health and health promotion – developing practice. Bailliere Tindall, 2005. p. 3-25.
- 19) VICTOR JF; LOPES MVO; XIMENES LB. **Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender**. Acta paul. enferm 2005 July/Sept; 18(3).

COMPETENCIAS DE SEXUALIDAD EN LA EDUCACIÓN OBLIGATORIA ESPAÑOLA

David Agud, Dolores Gil, Marta Talavera, Irene Guijarro, Jesús Beltrán, Valentín Gavidia

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se han producido una serie de cambios sustanciales relativos a la salud, como el aumento de la longevidad, el retraso del primer hijo o las migraciones. Sin embargo, el principal aspecto diferencial con respecto a épocas anteriores es la influencia del estilo de vida: comportamientos sexuales de riesgo, consumo de tabaco, dieta rica en grasas, etc. (Pérez, Echauri, Ancizu y Chocarro, 2006).

Las prioridades que establece la OMS para Europa (Salud 21, 1999) en educación para la salud son:

- la prevención y control de enfermedades (transmisibles y no transmisibles) y lesiones.
- la promoción de estilos de vida saludables (alimentación sana, actividad física, salud sexual, no fumar, etc.).
- y la reducción de daños derivados del alcohol, las drogas y el tabaco, fundamentalmente.

La salud sexual es un área de intervención que forma parte de todas estas prioridades. Por lo que se refiere a la prevención y control de enfermedades transmisibles, la infec-

ción por VIH seguramente ocupa un lugar central. En estos momentos se estima que el número de personas infectadas en el mundo es de 38 millones aproximadamente (OMS, 2013). El número de nuevos casos sigue siendo elevado en España. En el año 2011 y hasta junio de 2012 se han notificado 2.763 nuevos diagnósticos de VIH. Existen varias formas de transmisión pero la principal en estos momentos es la derivada de la realización de prácticas de sexo inseguro. Estas prácticas suelen ser más frecuentes cuando se está bajo los efectos del alcohol u otras drogas pero sobre todo cuando no existe percepción de riesgo. Para que la haya, los individuos deben haber interiorizado la importancia de adoptar un estilo de vida saludable que no solo les preserve de posibles enfermedades, sino que les permita vivir su sexualidad de forma plena y satisfactoria.

La Educación para la Salud que se ofrece en los centros de enseñanza obligatoria para los futuros ciudadanos adultos no puede ser eficaz si se limita a proporcionar, en el mejor de los casos, información relativa a los riesgos derivados de la no realización de comportamientos saludables, y es aquí donde cobra sentido el concepto de competencia que va más allá de los tradicionales objetivos educativos en sus diferentes vertientes: conceptuales, procedimentales y actitudinales.

Las competencias incluyen todo esto y algo más, ya que cuando se refieren a la salud afectivo-sexual, el referente último es contribuir a que las personas aprendan a expresar sus emociones de forma satisfactoria y respetuosa con los demás, que sean capaces de vivir plenamente su sexualidad bajo la opción que consideren más oportuna, cual sea su orientación y preferencias sexuales, teniendo como máxima el res-

peto a los deseos y necesidades de los demás. Así mismo, un buen desarrollo afectivo-sexual es un antídoto contra la violencia de género, otra de las causas de muerte que desgraciadamente va en aumento.

Los beneficios de la educación para la salud sexual son de tal magnitud para la salud comunitaria (reducción del gasto sanitario, de violencia, de muerte, mejora de la calidad de vida, etc.) que cabe esperar se encuentre ampliamente representada en los planes de estudio de la enseñanza obligatoria y que se le otorgue el tiempo y los esfuerzo necesarios para su desarrollo (Sala, 2002: pp 543-558).

El objetivo de este trabajo consiste en analizar el currículum oficial de la enseñanza obligatoria en España, tanto de Primaria como de Secundaria, y comprobar en qué medida están reflejadas las competencias referidas al desarrollo de la salud sexual consideradas como básicas e ineludibles por un grupo de expertos (Talavera, Gavidia, Gil, et al. 2013). Se pretende comprobar hasta qué punto el currículo escolar de las enseñanzas obligatorias atiende convenientemente a las competencias en sexualidad que deben adquirir los jóvenes españoles.

METODOLOGÍA

Para identificar las competencias en Sexualidad que deben desarrollarse en la educación obligatoria se ha realizado un estudio basado en la metodología Delphi (Calhoun, McElligott, Weist and Raczynski, 2012; pp 22-29) con tres rondas de consulta.

MUESTRA

En la selección de expertos se han tenido en cuenta tres criterios: la procedencia geográfica, la formación académica y la actividad profesional (profesores e investigadores de universidad, de enseñanza primaria y secundaria o responsables de políticas sanitarias públicas). En la operativización de estos criterios se ha atendido a factores como artículos publicados, proyectos de investigación en los que han participado, años de experiencia tanto profesional como docente según cada caso, puesto de trabajo, etc.

Con todos los participantes se inició el contacto por carta solicitando su colaboración e informando brevemente sobre los objetivos del estudio. El primer envío del cuestionario semiestructurado se realizó a 113 personas. Para el segundo envío se aumentó la muestra a 160 personas y en muchos casos se contactó telefónicamente, procurando conseguir al menos 11 opiniones externas por cada ámbito de salud, basándonos en las recomendaciones de Okoli y Pawlowski (2004).

En el caso de las competencias en Educación afectivo sexual, éste ha sido el número de personas expertas que ha colaborado en el estudio, que se ha añadido al equipo de investigación COMSAL (Competencias en Salud). Este equipo de investigación está constituido por 16 profesores de las Universidades de Valencia, Alicante, Elche y el País Vasco, de diferentes áreas de conocimiento (Salud pública, Didáctica de las Ciencias Experimentales, Psicología, Pedagogía, Trabajo Social, Logopedia y Fisioterapia), varios profesores de Educación Primaria y Secundaria, y asesores de Centros de Profesores.

MÉTODOS

En primer lugar se revisó la literatura científica sobre este tema así como las recomendaciones que los organismos internacionales (OMS, Consejo de Europa, Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud, Proyecto Europeo de las Escuelas Promotoras de Salud, Proyecto Pisa) y nacionales (Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Universidades y Leyes de Salud Escolar de los gobiernos autonómicos) realizan sobre los problemas prioritarios y las competencias en salud que deben alcanzar los estudiantes después de haber cursado la enseñanza obligatoria.

Tras este análisis el grupo de investigación elaboró un primer documento de trabajo que se envió al grupo de expertos seleccionado para seguir la metodología Delphi e identificar las competencias en educación sexual así como los contenidos competenciales necesarios para su desarrollo.

El primer documento adquirió la forma de un cuestionario semiabierto en el que se pedía una valoración de la tabla de competencias elaborada por el equipo de investigación utilizando una escala de 5 puntos tipo Likert, y además, que la pudieran completar con otros problemas y/o contenidos competenciales que estimasen oportunos. El cuestionario tenía una zona de observaciones para que los participantes pudieran sugerir cambios u otros aspectos relevantes para el estudio, como la eliminación de algunos ítems, modificación en el orden, o forma de expresarlos. A cada participante se le envió por e-mail, además del cuestionario semiabierto con las instrucciones, una carta de presentación que explicaba

detenidamente la justificación, los objetivos, la metodología de trabajo y la solicitud de colaboración.

La tercera ronda del estudio Delphi fue sustituida por una reunión presencial de expertos, en la que se valoraron los resultados obtenidos en las dos rondas de consulta y se concretaron dichas competencias.

Una vez consensuadas las competencias en Educación Sexual, así como los contenidos necesarios para lograr su desarrollo durante la Educación Obligatoria, se procedió a un análisis del currículo prescriptivo de las etapas primaria y secundaria propuesto por el Ministerio de Educación y Ciencia, (Reales Decretos 1513/2006 de 7 de diciembre y 1631/2006, de 29 de diciembre).

RESULTADOS

Los problemas relacionados con la salud afectivo sexual consensuados por todos los expertos para ser abordados en la Escuela son: Relaciones sexuales precoces, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, violencia sexual y discriminación por la diversidad sexual.

En la Tabla 1 se presentan las competencias de Educación Sexual para hacer frente a los problemas mencionados y en la tabla 2 los contenidos competenciales necesarios para su desarrollo que deben estar presentes en el currículo escolar, todo ello fruto del consenso obtenido siguiendo la metodología descrita. Esta propuesta ha servido para llevar a cabo los análisis curriculares posteriores.

Tabla 1.- Competencia sobre la vida afectivo sexual

COMPETENCIA: Desde la identidad sexual, desarrollar una conducta expresada de forma placentera, enriquecedora y saludable

Saber: Los cambios que se producen en el desarrollo de las personas y de su sexualidad. Beneficios de las prácticas sexuales seguras y peligros de las no seguras. Conocer las funciones (socio- psico- biológicas) de la sexualidad y sus potencialidades. Saber distinguir entre expresiones de afectos placenteras y agradables frente a las incómodas o desagradables.

Saber hacer: Distinguir las relaciones sexuales seguras de las no seguras. Habilidad para saber llevar a cabo sexo seguro.

Saber ser: Manifestar la sexualidad con naturalidad, afectividad y responsabilidad. Desarrollar actitudes de aceptación, respeto y valoración de la propia sexualidad y la de los demás. Promover respeto y estima hacia el cuerpo sexuado.

Tabla 2.- Problemas relacionados con la Sexualidad y contenidos competenciales para desarrollar las competencias

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA 1: ANTE LA SEXUALIDAD INSATISFACTORIA

CONOCIMIENTOS A ADQUIRIR

-Anatomía y la fisiología de los aparatos genitales. Construcciones de la identidad sexo/ género.

-Conducta sexual y sus funciones (reproducción, felicidad, intimidad, afecto, placer, frustración...) y condicionantes. Perspectiva de género.

-Los recursos socio-sanitarios disponibles (centros de planificación familiar, asociaciones...)

- La convivencia y las relaciones próximas.
- El consumo de drogas y las repercusiones sobre las relaciones sexuales.

Procedimientos a utilizar

- Practicar formas de autoexploración y conocimiento del cuerpo
- Ser capaz de expresar emociones, necesidades, dudas y preferencias e identificar las de los demás.
- Saber utilizar los recursos sociosanitarios.
- Búsqueda de información, Comunicación y asesoramiento y consejo con la familia, personal educativo y socio sanitario
- Practicar formas de autoexploración y conocimiento del cuerpo.

Actitudes a desarrollar

- Respeto y valoración positiva de los cuerpos sexuados y las diferentes formas de vivir la sexualidad
- Rechazo del sexismo y la homofobia
- Desarrollar la autoestima y el autoconcepto positivo
- Fomentar una actitud de respeto y aceptación hacia las emociones, dudas, necesidades y preferencias de los demás
- Reconocer y valorar el apoyo y asesoramiento de los recursos sociosanitarios
- Tomar decisiones responsables y autónomas.
- Valorar la complicidad y la confianza.
- Identificar la influencia de los medios de comunicación, la publicidad y el entorno sobre la identidad y la conducta sexual de las personas.

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA 2: ANTE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Conocimientos a adquirir

- Las ITS, sus características, vías de contagio y consecuencias para la salud.
- Diferentes métodos de protección e higiene para evitar ITS.
- Los servicios sociosanitarios como recurso de información, tratamiento y ayuda

Procedimientos a utilizar

- Practicar una sexualidad lo más segura y saludable posible. Habilidad de negociación con la pareja para el uso de métodos de protección.
- Usar adecuadamente los métodos de protección.
- Utilizar las medidas necesarias para una adecuada higiene sexual.
- Habilidad para pedir la información y la ayuda necesaria.
- Buscar información fidedigna sobre posibles ITS emergentes.

Actitudes a desarrollar

- Prevención y rechazo de las conductas sexuales de riesgo, por lo que se refiere a las infecciones de transmisión sexual.
- Visión crítica de ciertos comportamientos relacionados con el género y el uso de métodos anticonceptivos.
- Toma de conciencia de las consecuencias, sociales y personales, derivadas de las relaciones sexuales no seguras.
- Desarrollar actitudes de comprensión, valoración del diálogo con la pareja para negociar el uso de métodos de protección.

- Valorar la importancia de una adecuada higiene sexual.
- Respeto hacia las personas afectadas por una ITS.

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA 3: ANTE LOS EMBARAZOS NO DESEADOS

Conocimientos a adquirir

- Anatomía y la fisiología de los aparatos genitales. Sexualidad y reproducción
- Medidas para prevenir el embarazo no deseado. Ventajas e inconvenientes de los distintos métodos anticonceptivos.
- Dilemas éticos relacionados con la reproducción.
- Legislación vigente relacionada con la interrupción del embarazo.
- Los servicios socio sanitarios donde pedir información y ayuda.

Procedimientos a utilizar

- Reconocer la sexualidad como una forma de comunicación, afectividad y placer, o como una finalidad reproductiva.
- Habilidad para el uso adecuado de los métodos anticonceptivos.

Actitudes a desarrollar

- Valorar la responsabilidad que supone tener hijos
- Valorar los recursos que la ciencia pone a nuestra disposición a fin de intervenir en la reproducción
- Respetar las diferentes opciones ante los dilemas éticos.
- Apreciar la sexualidad como una forma de expresar afecto y sentir placer

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA 4: ANTE EL LA VIOLENCIA SEXUAL

Conocimientos a adquirir

- Tipos de violencia, discriminación, maltrato, coacción y violencia física, social, psicológica, económica y sexual (abuso, agresión, pornografía, trata de blancas) “dating violence”.
- Legislación y normas básicas sobre la protección el violencia de género y sexual.
- Conocer los recursos sociales de ayuda.

Procedimientos a utilizar

- Reaccionar ante violencia sexual.
- Habilidad para identificar y gestionar situaciones potencialmente peligrosas desde las primeras exposiciones (dating violence).
- Saber cómo pedir ayuda y denunciar el abuso sexual.

Actitudes a desarrollar

- Manifestar rechazo y frente a situaciones o expresiones de violencia física, y sexual.
- Sensibilizar, sobre la gravedad de la violencia de género y sexual. Empatizar.
- Comprensión y apoyo hacia las personas que han sufrido maltrato y abusos.

Situación problemática 5: Ante la discriminación por la diversidad sexual

Conocimientos a adquirir

- Sexo, género e identidad sexual.

-Conocer la diversidad en las dimensiones de la identidad sexual (SEXO: hombre mujer, intersexual; GÉNERO: masculino, femenino, transgénero; ORIENTACION SEXUAL: heterosexual, homosexual, bisexual, transexual, nómada sexual).

Procedimientos a utilizar

-Reconocer flexibilidad y diversidad de la identidad sexual propia y ajena

-Habilidad para aceptar y afrontar la propia identidad sexual.

Actitudes a desarrollar

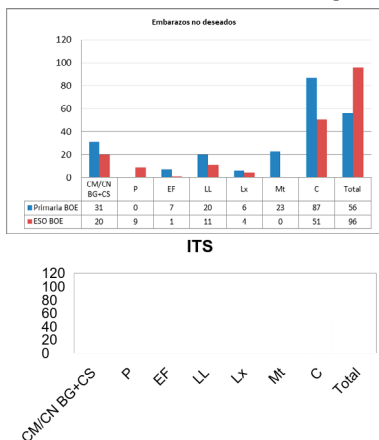
-Comprensión y apoyo hacia las personas que han sufrido maltrato y abusos.

-Respetar las diferentes identidades sexuales.

-Promover la aceptación y visibilidad de las diferentes identidades sexuales. Respeto a la diversidad sexual.

A continuación se muestran los resultados obtenidos con los análisis del currículo propuesto por el Ministerio de Educación y Ciencia español. Para ello nos centraremos en cada uno de los cinco problemas dedicando especial atención a las materias que aportan un mayor número de contenidos curriculares relativos al ámbito de la Educación Sexual. También analizamos si la contribución se realiza a nivel conceptual, procedimental o actitudinal. Por último se indicarán los contenidos competenciales que no aparecen en el currículum oficial y se consideran necesarios para el desarrollo de estas competencias.

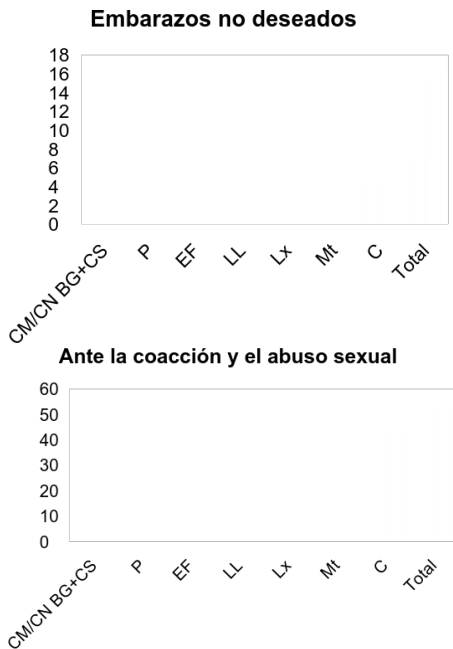
GRÁFICO 1: Tratamiento de las Relaciones sexuales precoces y las ITS



Nota: CM: Conocimiento del medio natural, social y cultural; CN: Ciencias de la Naturaleza; BG: Biología; CS: Ciencias sociales, geografía e historia; P: Educación Plástica y Visual; EF: Educación Física; LL: Lengua castellana y su literatura; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas; C: Educación en la ciudadanía y los derechos humanos.

Relaciones sexuales precoces e Infecciones de transmisión sexual (Gráfico 1). Las asignaturas que aportan un mayor número de contenidos curriculares referentes a las relaciones sexuales precoces durante la enseñanza obligatoria son Educación para la ciudadanía y Conocimiento del Medio (Biología y Geología equivalente en Educación Secundaria). Ante el problema de las infecciones de transmisión sexual las asignaturas que más contribuyen son Educación para la ciudadanía, Biología y Geología y Lengua castellana y literatura. En ambos casos el tratamiento recibido en Primaria es mucho menor que el recibido en Secundaria.

Gráfico 2: Tratamiento de los embarazos no deseados y cómo reaccionar ante la coacción y el abuso sexual.

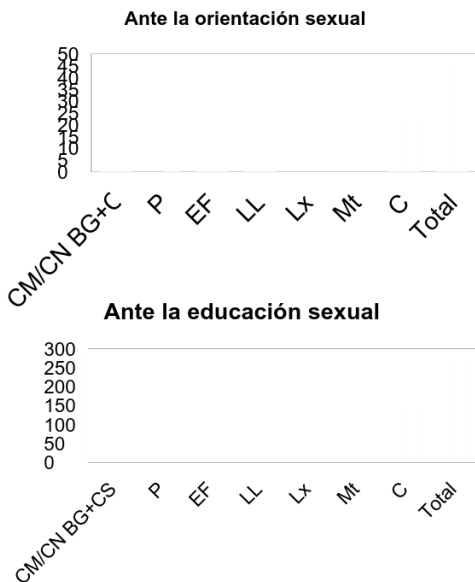


Nota: CM: Conocimiento del medio natural, social y cultural; CN: Ciencias de la Naturaleza; BG: Biología; CS: Ciencias sociales, geografía e historia; P: Educación Plástica y Visual; EF: Educación Física; LL: Lengua castellana y su literatura; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas; C: Educación en la ciudadanía y los derechos humanos.

Embarazos no deseados y abuso sexual. Sobre estos problemas observamos que el currículo escolar propone escasos contenidos mediante los cuales puedan tratarse estas temáticas (Gráfico 2). Los embarazos no deseados constituyen una

materia que apenas se desarrolla durante la enseñanza obligatoria y cuando ocurre es desde un punto de vista biológico y solo esporádicamente en la asignatura de Educación para la Ciudadanía, especialmente en la Educación Secundaria. Lo mismo ocurre con el abuso sexual. Ambas problemáticas se contemplan de forma muy breve. Aparece mayor número de contenidos en la etapa Secundaria que en la Primaria.

Gráfico 3: Atención a la orientación sexual y contribución global a la educación sexual.



Nota: CM: Conocimiento del medio natural, social y cultural; CN: Ciencias de la Naturaleza; BG: Biología; CS: Ciencias sociales, geografía e historia; P: Educación Plástica y Visual; EF: Educación Física; LL: Lengua castellana y su literatura; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas; C: Educación en la ciudadanía y los derechos humanos.

Orientación sexual y visión global de la sexualidad. Los resultados obtenidos del análisis curricular de esta problemática nos señalan (Gráfico 3) que apenas es tratada en la educación primaria. En la educación secundaria es en la asignatura de Educación en la Ciudadanía donde más propuestas aparecen.

Si observamos los problemas en su globalidad podemos destacar dos ideas clave: 1) En Educación Primaria se aborda mucho menos la sexualidad que en Secundaria. 2) La sexualidad es tratada fundamentalmente en la asignatura de Educación en la Ciudadanía seguida por las asignaturas biológicas.

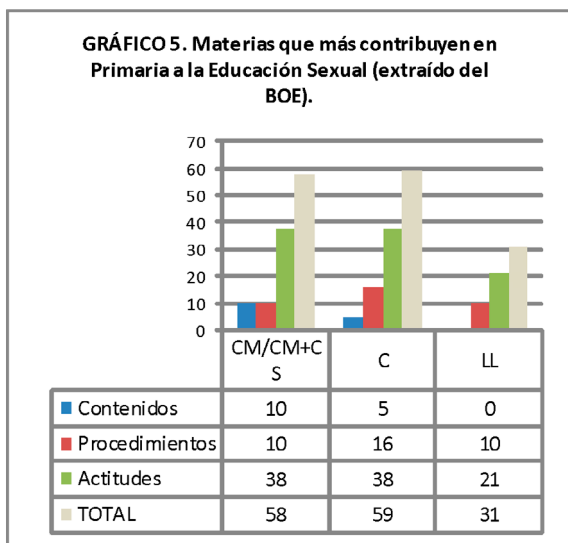
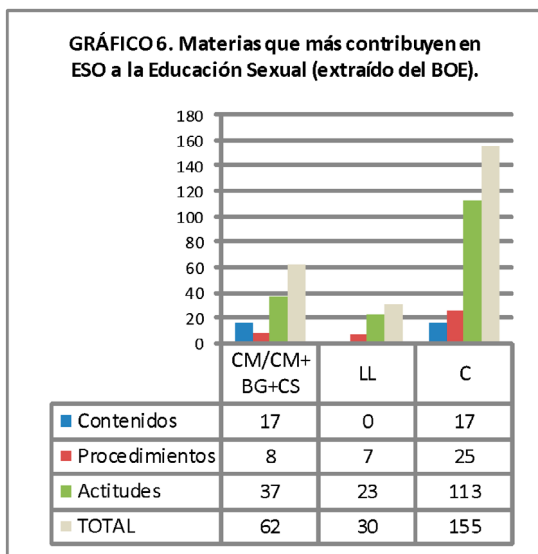
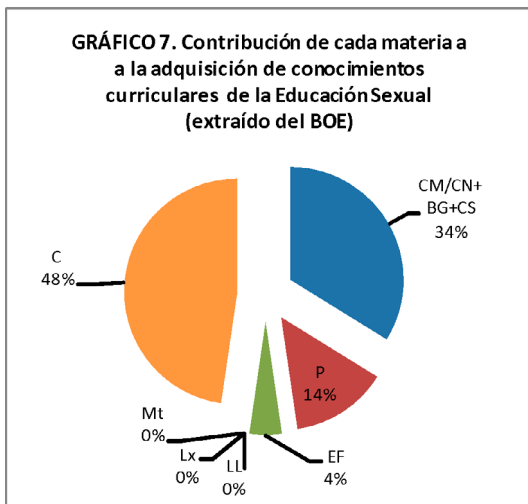


GRÁFICO 6. Materias que más contribuyen en ESO a la Educación Sexual (extraído del BOE).



A continuación se presentan las tres asignaturas que aportan mayor número de contenidos curriculares para desarrollar la Educación Sexual, desglosadas en sus tres componentes (conceptos, procedimientos y actitudes). Todas ellas se centran más en desarrollar las actitudes que en trabajar contenidos o procedimientos (Gráficos 5 y 6). En el caso de Educación Primaria, la contribución que hace Conocimiento del Medio es muy similar a la que hace Educación para la Ciudadanía. Sin embargo, en la Educación Secundaria Obligatoria se percibe que Educación para la Ciudadanía posibilita un mayor desarrollo de la Educación Sexual que las materias biológicas (Ciencias Naturales, Biología y Geología).

A continuación se comparan las asignaturas que mayor representación tienen en el currículum de la sexualidad (Gráfico 7).



Como se puede observar, la Educación para la ciudadanía es la asignatura que aporta mayor número de contenidos curriculares para desarrollar la Educación Sexual, junto con Conocimiento del Medio (y su equivalente en Biología) aunque a más distancia. Plástica también contribuye, junto a Educación Física, aunque mucho menos que las dos primeras.

El último paso seguido ha consistido en realizar un listado de los contenidos competenciales que están ausentes en el currículum escolar. (Tabla 3)

Tabla 3.- Competencias en Educación Sexual que NO aparecen durante la Educación Obligatoria

Conceptos ausentes

- Diferentes métodos de protección para evitar las ITS.
- Los recursos sociales y los servicios sanitarios como recurso de información, tratamiento y ayuda.
- Legislación vigente relacionada con la interrupción del embarazo.

Procedimientos ausentes

- Practicar formas de autoexploración y conocimiento del cuerpo.
- Habilidad para el uso adecuado de los métodos de protección. Aprender a usar el preservativo.
- Identificar situaciones de riesgo.
- Habilidad para gestionar situaciones potencialmente peligrosas.

Actitudes ausentes

- Tomar conciencia de las situaciones de abuso o coacción sexual y de las circunstancias que las facilitan.

CONCLUSIONES

De la contribución y consenso de personas expertas en Educación Sexual a través de dos rondas de metodología Delphi y una reunión presencial, se ha llegado a determinar los cinco problemas más acuciantes en este ámbito, a definir la competencia en el terreno de la Sexualidad como *“el desarrollo de una conducta expresada de forma placentera, enriquecedora y saludable, desde la identidad sexual”*, a desglosar esta competencia en sus tres dimensiones de saber, saber hacer y saber ser, y a determinar los contenidos necesarios a desarrollar en la etapa de enseñanza obligatoria que permiten la adquisición de la citada competencia.

Con todo ello se ha elaborado un instrumento de estudio y se ha analizado el currículo de la enseñanza obligatoria

(primaria y secundaria) que presenta el Ministerio de Educación español.

Del tratamiento que el currículo escolar otorga a los cinco problemas relativos a la sexualidad podemos destacar cuatro ideas clave: En primer lugar que en Primaria se aborda mucho menos la sexualidad que en Secundaria. En segundo lugar que la sexualidad es tratada fundamentalmente en la asignatura de Educación en la Ciudadanía seguida por las asignaturas biológicas. En tercer lugar que los contenidos se centran en los aspectos actitudinales con preferencia sobre los procedimentales y en último lugar se encuentran los conceptuales. Y en cuarto lugar que un número considerable de contenidos competenciales relativos a la Educación Sexual, necesarios para el desarrollo de sus competencias, se encuentran ausentes, lo que significa una ausencia significativa para que el alumnado pueda desarrollar todas las competencias necesarias para llevar una vida sexual placentera, enriquecedora y saludable

Nota: NOTA: El presente trabajo forma parte del proyecto “Análisis, diseño y evaluación de recursos educativos para el desarrollo de competencias en salud” subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad –MINECO- (EDU2013-46664-P) y desarrollado por el equipo de investigación COMSAL.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BECKER, M. H. The health belief model and personal health behavior. **Health Education Monographs**, 2, pp 324-473, 1974.
- CALHOUN, J. G; MCELLIGOTT, J. E; WEIST, E. M; AND RACZYNSKI, J. M. (2012). Core Competencies for Doctoral

Education in Public Health. **American Journal of Public Health**, 1:102, pp 22–29.

Ley Orgánica de Educación (LOE). BOE 106, de 4 de mayo de 2006.

OMS, 2013. VIH/SIDA <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>

PÉREZ, MJ., ECHAURI, M., ANCIZU, E. Y CHOCARRO, J. (2006). Manual de Educación para la salud. Instituto de Salud Pública, Gobierno de Navarra.

Real Decreto 1513/2006 de 7 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la educación primaria (BOE, 8/12/06)

Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la educación secundaria obligatoria (BOE, 5/01/07).

SALAS, J. (2002) Ideas previas sobre la docencia y competencias emocionales en estudiantes de ciencias de la educación. *Revista española de pedagogía*, 223, septiembre-diciembre, pp 543-558

OMS. (1999) *Salud para todos en el siglo XXI*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

TALAVERA, M., GAVIDIA, V., GIL LLARIO, MD., PÉREZ DE EULATE, L., DAVÓ, MC. (2012). Competences in health in compulsory schooling. *Proceedings of INTED 2012 Conference. 5th -7th March 2012*, Valencia. Spain.

YAÑEZ, R., CUADRA, R. (2008) La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciencia y Enfermería XIV*, 1: pp 9-15.

CONCEPÇÕES DAS GESTANTES ACERCA DA UTILIZAÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA NO PRÉ-NATAL

Camila de Queiroz Carvalho, Isabella Lima Barbosa, Anna Paula Sousa da Silva, Daniella Barbosa Campos, July Grassiely de Oliveira Branco, Raimunda Magalhães da Silva

INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo natural que faz parte do desenvolvimento fisiológico humano que transforma a mulher em diversos aspectos, tornando-a figura principal e atuante nesse período, durante o qual necessita de cuidados especiais, pois a gestante vivencia experiências singulares decorrentes de modificações anatômicas e psicossociais (RIOS; VIEIRA, 2007; SHIMIZU; LIMA, 2009).

Nesta etapa de mudanças surgem dúvidas, temores, curiosidades a respeito da gestação, sendo necessário esclarecer os questionamentos através de informações que devem ser fornecidas pela equipe multidisciplinar que integra o serviço de atenção básica, durante a assistência ao pré-natal.

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012).

Para que o pré-natal seja realizado com qualidade é preciso que as consultas sejam complementadas com ações educativas, de modo que as mulheres possam conhecer e compreender as alterações ocorridas no seu corpo durante a gestação e que elas possam atuar de forma mais consciente sobre sua saúde (CARDOSO; SANTOS; MENDES, 2007).

Durante a consulta de pré-natal, o enfermeiro desenvolve um papel importante de propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa, praticando sua função educativa na orientação e realização de ações preventivas (BRASIL, 2012; RODRIGUES, 2011).

A assistência pré-natal previne possíveis complicações da mãe e do bebê. Deste modo, a gravidez é o período ideal para educar a mulher quanto à sua saúde, e o profissional de saúde deve levar em consideração as demandas específicas da gestação, não limitando o atendimento a uma assistência curativa, pois é nesse período que a mulher precisa compreender todas as alterações que acontecem em seu organismo, e assim possa atuar de forma mais consciente sobre ele (LIMA; CARVALHO; MARTINS, 2007; SILVA et al., 2009).

A tecnologia educacional tem um papel importante, visto que ela é responsável pela multiplicação e socialização do conhecimento, além de reconhecer, proteger processos e produtos e transformar a utilização sem caráter científico, de modo a torná-la uma abordagem científica (NIETSCHE, 2000).

Nessa perspectiva, este estudo visa ofertar um suporte informacional para as gestantes, do tipo cartilha, que ofereça conhecimentos atualizados de maneira acessível, os quais lhes possibilitem a orientações adequadas em relação ao período gravídico.

Para tanto surgiram os seguintes questionamentos: quais são as principais dúvidas das mulheres no período gestacional? Qual a compreensão das gestantes durante a consulta de pré-natal? A cartilha educativa facilita o conhecimento no período gestacional?

Partindo das informações supracitadas, a pesquisa tem como objetivo identificar as concepções das gestantes acerca da utilização de cartilha educativa no pré-natal.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. O estudo descritivo tem como objetivo observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos, sem que, com isso, o pesquisador interfira neles (ANDRADE, 2003).

A abordagem qualitativa contempla um universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser restringidos às mensurações de variáveis. Essa abordagem possibilita desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, permite a construção de novas abordagens e formação de conceitos durante a investigação (MINAYO, 2010).

O município de Fortaleza-CE está administrativamente organizado, em termos de atenção básica, em seis Coordena-

nações Regionais em Saúde (CORES) (I, II, III, IV, V e VI). O presente estudo foi realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da CORE VI, no município de Fortaleza, Ceará. A escolha do local se deu por se tratar de uma região com elevado número de gestantes em acompanhamento do pré-natal.

A CORES VI é composta atualmente por 20 UAPS, está localizada no município de Fortaleza, onde se estima uma população de 600 mil habitantes e atende moradores de 29 bairros. O período do estudo foi nos meses de setembro e outubro de 2015.

Os sujeitos da pesquisa foram 20 gestantes cadastradas pelo Programa de Estratégia em Saúde da Família, que se encontravam na sala de espera da UAPS, para realização das consultas de pré-natal.

A coleta de dados deu-se através de entrevista semiestruturada, observação assistemática e registro do áudio utilizando-se os seguintes critérios de inclusão: mulheres com idade acima de 18 anos, grávidas em qualquer período gestacional cadastradas na referida unidade de saúde em que foi interrompida quando as entrevistas iniciaram um processo de recorrência e obteve-se profundidade no objeto pesquisado.

Os dados foram analisados através da análise de conteúdo na modalidade temática Minayo (2008), que é compreendida por: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, seguida por análise de conteúdo do material das entrevistas realizadas.

Desta forma, após transcrição das entrevistas, leitura exaustiva e interpretação dos dados, foram identificados os

núcleos de sentido, através das falas das gestantes durante a entrevista realizada, emergindo as seguintes categorias temáticas: caracterização sociodemográfica e obstétrica das gestantes assistidas em uma unidade de atenção primária; Percepção das gestantes acerca da consulta de pré-natal; e Concepções sobre o uso da tecnologia para promoção da saúde da gestante.

Os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram respeitados, tendo aprovação pelo parecer Nº. 189.251/12. Dessa forma, oportunizaram-se o livre consentimento e a opção de participar ou não da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento, sendo assim firmado através do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Reconhece-se que o objeto de investigação desta pesquisa requer compromisso dos profissionais, da sociedade e da gestão em favorecer a atenção à saúde da gestante e do recém-nascido. Os profissionais têm um papel importante na condução do cuidado, entretanto, persistem dificuldades relacionadas ao despreparo dos mesmos no que diz respeito à construção de relações interpessoais, falta de capacitação e conhecimento.

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E OBSTÉTRICA DE GESTANTES ASSISTIDAS EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dentre as 20 gestantes pesquisadas, destacam-se 13 na faixa etária entre 20-29 anos e 7 entre 30-40 anos, com predomínio de 17 pardas e apenas 3 negras. No que se refere à

religião, 9 são católicas, 9 protestantes e 2 referem não ter religião. Quanto à escolaridade, 7 mulheres possuem o ensino médio completo, outras 7 o ensino médio incompleto e 6 o 1º grau incompleto. No que se refere à história obstétrica das entrevistadas, 9 tiveram duas gestações e 11 tiveram de três a seis gestações.

Percebe-se nos sujeitos estudados o predomínio de mulheres com idade de 20-29 anos, o que possibilita gestações com menores riscos de intercorrências obstétricas. Torna-se considerável na condução de uma gestação, vigilância constante em mulheres com idades avançadas, por requererem maiores técnicas de assistência, dificuldades e complicações existentes nesse período (CHAN; LAO, 2008; DELBAERE et al., 2008).

Diante do perfil apresentado, pode-se perceber a baixa escolaridade das gestantes, o que pode gerar dificuldades na compreensão sobre a gestação e durante o processo educativo.

Para Ramos (2009), o fator socioeconômico contém uma relação direta com a baixa escolaridade, causando riscos para a mãe e seu bebê, pois interfere diretamente no grau de entendimento necessário aos cuidados com a saúde no período da gestação, como cuidados com as queixas clínicas e possíveis complicações gravídicas.

Em relação à compreensão das gestantes acerca de suas dúvidas no período gestacional, emergiram categorias de acordo com o contexto e estão apresentadas nas temáticas descritas a seguir:

PERCEÇÃO DAS GESTANTES ACERCA DA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

O acompanhamento do pré-natal é um momento importante para detecção precoce das situações de risco, bem como empoderar as gestantes sobre os cuidados necessários, alterações fisiológicas presentes nesse período, sanando dúvidas frequentes. Entretanto, percebe-se que ainda persistem dificuldades relacionadas ao processo de cuidado produzido pelos profissionais de saúde, que se limitam a sistematizar a consulta, sem visualizar as singularidades de cada sujeito.

Para que as consultas tornem-se qualificadas, é necessário, além de assegurar o desenvolvimento da gestação, abordar os aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas para a gestação, buscando a construção do saber, para que as mesmas possam se responsabilizar pelo cuidado da sua saúde.

A relação por meio do diálogo se torna muito importante para a construção de uma educação autônoma, através de instrumentos importantes para agir com independência e liberdade. Dentro desse processo de educação, o profissional enfermeiro é essencial, visto que, por intermédio dele, a educação é utilizada como um meio essencial no processo de cuidar (FREIRE, 2011; TEIXEIRA, 2010).

Em geral, os discursos expressam que permanecem dúvidas entre as mulheres acerca do período gestacional e que as consultas de pré-natal não estão sendo suficientes para responder suas indagações. Entretanto, duas gestantes afirmam que a consulta é um momento importante para adquirir conhecimento sobre as alterações gestacionais, conforme se pode verificar nos relatos das entrevistadas:

Eu acho ótima, porque ela explica bem direitinho, não é ignorante, nem nada” (G6).

“Nessa gestação aqui eu tô saindo cheia de dúvida [...] (G1).

Minhas dúvidas não são esclarecidas. Nós falamos, nós puxamos conversa, nós perguntamos, mas não tem lógica o que elas dizem entendeu? Porque umas dizem uma coisa e outras dizem outra, aí ninguém entende e muitas vezes eu não tenho a resposta certa e exata para aquilo que nós estamos sentindo (G1).

Eu tenho tanta dúvida viu. Mãe de primeira viagem tem dúvida de tudo né? [...] (G2).

Ótimo. Os profissionais são muito bons, eles perguntam, tiram nossas duvidas mesmo, eu não tenho problema de marcar consulta (G8).

É importante destacar que a linguagem utilizada na consulta de pré-natal deve ser adequada e clara para a gestante, visto que a baixa escolaridade influencia e interfere na compreensão das informações por parte das mulheres.

Para Silva (2014), foi visto que muitas mulheres apresentam dúvidas no pré-natal quanto às queixas clínicas mais comuns e as complicações gravídicas. Esse fato pode ser justificado pela falta de oferta de informações relevantes, bem como pela pouca iniciativa das mulheres na participação do ciclo gravídico-puerperal.

Neme e Maretti (2000) perceberam a falta de autonomia das gestantes em relação aos cuidados, bem como a quantidade de dúvidas existentes e curiosidades acerca do período gestacional. Nesse contexto, observa-se também que

existem fragilidades no processo educativo do pré-natal e estas precisam ser melhoradas, possibilitando a adesão às práticas de promoção e prevenção, além de estimular a mudança de comportamento pessoal em relação à própria saúde.

É necessário que o profissional de saúde busque algo que esteja oculto diante das queixas referidas das gestantes, pois muitas não tornam suas necessidades e anseios visíveis para os profissionais (LORENZI, 2009).

Compreender os múltiplos significados da gestação e história de vida é muito importante para entender o contexto no qual a mulher está inserida, visto que o mesmo implica mudanças na relação da gestante consigo mesma, no modo como ela entende seu autocuidado, bem como na percepção dela em relação às mudanças corporais (BRASIL, 2012).

É preciso que a atenção ofertada para a gestante seja baseada na singularidade de cada sujeito, visto que cada mulher tem uma forma diferente de se relacionar, expressar seus pensamentos, criar vínculos. A importância do olhar holístico sobre esse grupo vulnerável é evidente para promover uma assistência qualificada.

Embora as gestantes acompanhadas pela unidade de saúde tenham apresentado dificuldades relacionadas à baixa compreensão sobre a gestação, as mesmas consideram a consulta de pré-natal prioritária. É nesse momento em que se avalia o desenvolvimento e a saúde do bebê, através dos resultados dos exames laboratoriais e de imagem, como se pode identificar nos discursos a seguir:

[...] acho importante vim para a consulta de pré-natal porque hoje em dia a gente pode está bem por fora, mas, por dentro ninguém sabe né, uma consulta e os exames acho que faz bem né? (G4).

[...] Eu acho importante a consulta porque a gente tem mais ou menos a noção de como o bebê está né, se está bem, se está viva, o desenvolvimento do bebê a gente acompanha, é muito importante (G13)

Nesse sentido percebeu-se que as gestantes relacionam a consulta de pré-natal apenas ao saber biomédico, seguindo um antigo modelo hospitalocêntrico. No entanto, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às suas reais necessidades, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso.

Os profissionais devem realizar ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades em todas as ações durante o pré-natal, parto e puerpério, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo mãe e bebê (BRASIL, 2012).

CONCEPÇÕES SOBRE O USO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA GESTANTE.

Dentre as práticas comuns no SUS, está a utilização de materiais educativos impressos na área da saúde, com a finalidade de promover resultados significativos nos parti-

participantes das atividades educativas (ECHER, 2005). O processo de construção desses materiais depende dos meios de comunicação e dos princípios envolvidos na promoção da saúde (REBERTE *et al.*, 2012).

Assim sendo, a tecnologia educativa apresenta-se de forma multiplicadora, objetivando transformar e qualificar a educação e as práticas de saúde, promovendo mudanças dentro das particularidades nas realidades da saúde (NESPOLI, 2013).

Neste contexto, os discursos das gestantes demonstraram a importância de utilizar tecnologias educacionais voltadas para a atenção ao pré-natal, como modo de lhes complementar e ofertar um suporte informacional, como se verifica nos seguintes relatos:

A cartilha é algo bom né? Mais direto né, bem mais esclarecido, porque nem todas entendem o que é dito na consulta” [...] (G7).

“Queria que um material onde eu pudesse escrever as minhas dúvidas (G8).

Uma cartilha é ótimo para entender a questão de semanas e meses melhor [...] (G13).

Nessa perspectiva, entende-se que as tecnologias educativas são capazes de empoderar as mulheres, com saber mais direcionado, voltado para a adesão ao autocuidado durante o período gestacional.

As formas de trabalho na atenção básica devem incluir várias tecnologias em conformidade com as necessidades dos

usuários dos serviços de saúde para que os mesmos, através desses recursos, possam melhorar suas condições de vida em relação ao atendimento que requer tecnologias materiais (COELHO; JORGE, 2009).

A cartilha educativa faz parte do grupo das tecnologias leves e são muito importantes no desenvolvimento de trabalhos informacionais e nas práticas do cuidado, vinculados às relações, acolhimentos, execuções e gestão no processo governamental de trabalho (MERHY, 2002).

Merhy (2005) classifica as tecnologias educativas como elementos capazes de mediar e intervir nos processos de ensino e aprendizagem usados entre educadores e educandos, nos vários processos da educação. Entende-se que pela união da experiência prática com o conhecimento teórico, surgem as devidas soluções, por meio da divulgação do uso de tecnologias que poderão ser repassadas e adotadas por todos os agentes preocupados em aperfeiçoar seu conhecimento e sua prática profissional (SABOIA, 2004).

A Tecnologia Educativa é caracterizada como a soma sistemática de conhecimentos científicos que possibilitam o planejamento, implementação, controle e acompanhamento, relacionados ao processo educacional formal e informal. Para a aplicação de uma tecnologia educativa, é preciso que o educador (profissional da saúde) se coloque como um facilitador do processo ensino-aprendizagem, e o educando (usuário) seja um sujeito participante desse processo, e também que os dois utilizem a consciência criadora, da sensibilidade e da criatividade, na busca do crescimento pessoal e profissional (NIETSCHKE et al., 2005).

Ao utilizar essas formas de tecnologia, o processo de trabalho se torna mais dinâmico, em constantes movimentos, através de formas passivas, mas também individualizado. Esse processo exige uma aptidão diferenciada dos profissionais, principalmente dos enfermeiros, em obter um olhar diferenciado para o desenvolvimento dinâmico no trabalho e um despertar à criatividade nas consultas (ROSSO; LIMA, 2005).

A utilização de uma cartilha educativa como ferramenta estratégica na promoção da saúde tem como finalidade, através de uma linguagem clara, suprir as necessidades informacionais, desde a descoberta da gravidez, passando pelos exames a serem realizados, vacinas, suplementos alimentares, alimentação saudável, peso adequado, exercícios físicos, cuidados com a beleza, sexo na gravidez e condutas perante as queixas clínicas e complicações gravídicas, como atribuição dos elementos facilitadores no processo de autocuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que, dentre as gestantes pesquisadas, prevalece a faixa etária entre 20-29 anos, com predomínio de mulheres pardas, católicas, multíparas, com baixa escolaridade. Este último dado influencia diretamente na compreensão das informações ofertadas na consulta de pré-natal, portanto, torna-se importante que os profissionais se sensibilizem e utilizem uma linguagem acessível.

Percebe-se que persistem dificuldades relacionadas às barreiras de acesso a informações, evidenciando falhas no processo de comunicação entre profissionais e usuários, fa-

vorecendo a perpetuação de dúvidas entre as mulheres acerca do período gestacional.

Para tanto, as consultas de pré-natal não estão sendo suficientes para sanar as necessidades informacionais das gestantes. Nesse contexto, evidencia-se a importância do uso de tecnologias educativas que contenham informações sistematizadas, com linguagem clara e compreensível, de modo a facilitar o acesso à informação, bem como auxiliar na tomada de decisão das gestantes frente ao autocuidado.

Percebeu-se a potencialidade da cartilha educativa em favorecer o empoderamento das gestantes na gerência do autocuidado, além de ser uma ferramenta proposta para sanar questões, muitas vezes, não abordadas durante a consulta de pré-natal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Livro da Parteira Tradicional**. 2ª edição revista e ampliada, Brasília: Ministério da Saúde, p.16. 2012.

BRASIL. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Edição do Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica; 32). 2012.

CASARIN, M. R; PICCOLI, J. C. E. **Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.9, p.3925-3932. 2011.

CHAN, B. C; LAO, T. T. **Effect of parity and advanced maternal age on obstetric outcome**. *Int J Gynaecol Obstet.*, v. 102, n. 3, p. 237- 41. 2008.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, (Supl. 1), p. 1523-1531, 2009.

DELBAERE, I. et al. **Perinatal outcome of twin pregnancies in women of advanced age**. *Hum Reprod*, v. 23, n. 9, p. 2145-50. 2008.

ECHER, I. C. **The development of handbooks of health care guidelines**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 13, n. 5, p. 754-7. 2005.

FORTALEZA. **Secretaria Municipal da Saúde**. Disponível em: <<http://www.Fortaleza.ce.gov.br/regionais/regional-VI>>. Acesso em: 19 maio 2015.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2011.

LIMA, J. L. D. de A.; CARVALHO, G. M. de; MARTINS, A. A. Contribuição da Assistência de Enfermagem Obstétrica Pré-Natal: educação para prevenção e correção da Incontinência Urinária de Esforço (IUE). **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p: 411-418, jul./set., 2007.

LORENZI, D. R. S. **Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas**. *Revista brasileira de enfermagem [online]*, v. 62, n. 2, p. 287-93. 2009.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 189 p. 2002.

_____. **Integralidade: implicações em xeque**. Rio de Janeiro: Fluminense, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco. 2008.

NEME, B; MARETTI, M. **Assistência pré-natal**. 2ª edição. Obstetrícia básica, São Paulo: Sarvier, p. 117-33. 2000.

NESPOLI, G. **Os domínios da Tecnologia Educacional no campo da Saúde**. Interface (Botucatu), v. 17 n. 47 Botucatu Out./Dec. 2013 Epub Nov 26. 2013.

NIETSCHÉ, E. A.; RADDATZ, M.; LANDERDAHL, M. C.; SILVEIRA, C. L. Tecnologia Emancipatória: Uma Perspectiva De Transformação Da Práxis De Enfermagem. Ijuí, RS: Ed. UNÍJUI. 2000.

NIETSCHÉ, E. A.; BACKES, V. M. S.; COLOMÉ, C. L. M.; CERATTI, R. N.; FERRAZ, F. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 344-352, jun. 2005.

RAMOS, H. A. C.; CUMAM, R. K. N. **Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental**. Esc Anna Nery Rev Enfermagem, v. 13, n. 2, p. 297-304. 2009.

REBERTE, L.M. et al. **O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 20, n. 1, [08 telas], janeiro-fevereiro. 2012.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. “Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde”. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477- 486, mar./abr. 2007.

ROSSO, F R; LIMA, M. A. D. S. **Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro**. Rev. Bras. Enfermagem, v. 58, n. 3, p. 305-10, Maio-Junho. 2005.

SILVA, A. L. S. et al. **Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas**. Revista Cubana de Enfermería. Versión electrónica, v. 30, n. 1. 2014.

SILVA, W.S. **A PESQUISA QUALITATIVA EM EDUCAÇÃO.** Horizontes – Revista de Educação, Dourados, MS. v. 2, n. 3, janeiro a junho. 2014.

SILVA, R.M. da et al. Consulta pré-natal na perspectiva de gestantes em uma regional de saúde de Fortaleza-Ceará. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p:1001-1015, 2009.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. “As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de Enfermagem”. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 62, n. 3, p. 387-392, maio/jun. 2009.

TEIXEIRA, I.R; AMARAL, R.M.S; MAGALHÃES, S.R. **Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher.** E-Scientia, v. 3, n. 2, p. 26-31. 2010.

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA MULHERES MASTECTOMIZADAS

Mayka Melânia Castro e Silva, Patrícia Helena de Oliveira Holanda,
Ismênia de Carvalho Brasileiro, Waleska Nunes de Albuquerque, Aline
Veras Moraes Brilhante, Raimunda Magalhães da Silva

INTRODUÇÃO

O câncer de mama vem se apresentando como um problema de saúde pública, sendo o segundo tipo de câncer mais comum no mundo e o primeiro entre as mulheres (BASTISTON, et al., 2011). Atualmente, o tratamento padrão para o câncer de mama em estágios iniciais é composto por cirurgia conservadora e abordagem axilar seguida de radioterapia. Já nos estágios mais avançados, utiliza-se o tratamento sistêmico no sentido de controlar a doença na extensão de todo o organismo (MARTA, et al., 2011).

No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, existe a estimativa de cerca de 57.120 mil novos casos da doença para 2014, e a mortalidade é bastante elevada, se comparada aos países desenvolvidos, em decorrência do

diagnóstico em estadiamento avançado. Esse fato pode ser devido, entre outros fatores, à ineficácia das estratégias de controle e de rastreamento do câncer.

O controle da doença é realizado por meio de procedimento cirúrgico e técnicas coadjuvantes, no qual se incluem radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia (MARI-NHO, et al., 2007). Esses procedimentos são agressivos e acarretam consequências físicas e emocionais desfavoráveis à vida da mulher, como lesões musculares, lesões de nervos do plexo braquial, hemorragias, complicações cicatriciais, alterações na sensibilidade, fibrose axilo-peitoral, alterações posturais, algias, diminuição ou perda total da amplitude articular e de movimento, diminuição da força muscular, comprometimento da capacidade respiratória, perda ou redução da capacidade funcional e linfedema do braço homolateral (LAHOZ et al., 2010).

O processo de adoecimento do câncer de mama na mulher impõe uma série de questões, como o risco de recorrência, sequelas adversas ao tratamento e outras doenças que interferem na vida das pacientes (SANTOS et al., 2011).

Essas complicações causam grandes alterações físicas, sociais e emocionais, gerando um grande impacto sobre a qualidade de vida das mulheres. Por este motivo, o tratamento de câncer de mama deve ser ministrado por uma equipe multidisciplinar, visando ao acompanhamento integral da paciente (MAKLUF *et al.*, 2006).

As mulheres mastectomizadas encontram-se muitas vezes fragilizadas, diante do quadro em si, das complicações inerentes à doença e das etapas após o procedimento. Estratégias educativas que facilitem uma compreensão mais

ampla do seu estado funcional e de atividades cotidianas que devem ser estimuladas a serem realizadas no período pós-operatório nem sempre são seguidas por parte das mulheres acometidas, dado o seu estado e/ou às informações dadas de modo assistemático, ou de maneira pouco didática, dificultando o aprendizado e reuso dessas informações. (PAREDES *et al.*, 2012; BARBOSA *et al.*, 2004).

O amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis, dando continuidade às ações de ampliação do acesso ao tratamento do câncer (INCA, 2010).

Dessa forma, acredita-se que a utilização de uma cartilha educativa como estratégia e instrumento de apoio terapêutico fundamentado em termos científicos, contendo proposta de atividades selecionadas para recuperar, desenvolver ou reforçar as capacidades físicas, mentais e sociais, possa promover a saúde e a reinserção social das mulheres mastectomizadas e, ao mesmo tempo, melhorar a sua qualidade de vida (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Assim, este estudo teve por objetivo desenvolver e validar uma cartilha educativa para instruir as mulheres no pós-operatório de mastectomia, contemplando sua funcionalidade, atividades da vida diária e vida prática. Considerou-se o instrumento um recurso essencial para o autoconhecimento dessas mulheres sobre o câncer de mama, que poderá ser de extrema utilidade na sua recuperação e retorno às atividades cotidianas. Com isso, a cartilha educativa, após a sua validação, pode se tornar uma tecnologia educacional ao alcance dos pacientes e da sociedade.

METODOLOGIA

A decisão de desenvolver este material veio com base em pesquisa bibliográfica, onde se verificou a carência no mercado da temática em questão. Tratou-se de um estudo destinado inicialmente à seleção do conteúdo a ser desenvolvido no material educativo relativo ao período pós-operatório e repercussões na funcionalidade de mulheres mastectomizadas e utilização do método Delphi.

Foram consultadas fontes literárias que versavam sobre esse assunto. Além disso, foram utilizadas referências que tratavam de estratégias para a elaboração de material educativo.

Este trabalho caracterizou-se pela identificação dos termos técnicos e a transformação deles para a linguagem popular, de modo a facilitar a compreensão da cartilha por suas usuárias. Todo o processo de construção foi permeado pela atenção voltada à adequação da linguagem (DOACK, 1996, p.54 apud REBERTE, 2009).

Após a composição do material, especialistas (fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) foram convidados a participar da pesquisa mediante contato telefônico (seleção da amostra por conveniência). Depois do aceite, receberam instruções para a participação por meio de uma carta convite. Também foram solicitadas as assinaturas dos termos de consentimento livre e esclarecido e pós-esclarecido.

Os profissionais foram consultados sobre o interesse em participar do estudo e esclarecidos quanto aos objetivos, finalidades e procedimentos metodológicos desta pesquisa, recebendo a garantia do sigilo conferido às informações e

identidades, bem como o direito a desistência a qualquer momento (FERNANDES, 2014). O estudo foi submetido ao comitê de ética em pesquisa do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Um questionário composto por itens do material educativo, juntamente com as instruções de avaliação, foi enviado por e-mail aos especialistas que aceitaram participar da pesquisa. Após apreciação do material protótipo, as respostas foram reencaminhadas aos pesquisadores que deram início ao processo de análise.

Assim, as respostas dos profissionais foram analisadas por meio dos itens do instrumento de coleta que abordavam blocos de itens pertinentes ao material educativo com opções de resposta (satisfatório (1), parcialmente satisfatório (2) e insatisfatório (3)).

Uma vez feita a análise inicial e ajustada a partir do consenso ou não entre especialistas quanto à composição de itens e tópicos da estratégia educativa, foi possível chegar ao consenso final do instrumento.

Após essa análise, foi aplicado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a proporção ou a porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Esse permite, inicialmente, analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo.

O escore do índice calculado nesse estudo foi dado por meio da soma de concordância dos itens “1” ou “2” marcados pelos especialistas. Para avaliar o instrumento como um todo, pôde ser adotada a “média das proporções dos itens

considerados relevantes”. Outra possibilidade é a “média dos valores dos itens calculados separadamente, isto é, somam-se todos os IVC calculados separadamente e se divide pelo número de itens considerados na avaliação”. Ou ainda, pode-se dividir o “número total de itens considerados como relevantes pelos juízes pelo número total de itens”.

Deve-se estipular a taxa de concordância aceitável entre os juízes bem como considerar o número de participantes. Com a participação de cinco ou menos especialistas, todos devem concordar para ser representativo.

Durante o desenvolvimento de instrumento, um dos pontos discutidos nessa avaliação são o número e a qualificação desses juízes. A literatura apresenta controvérsias sobre esse ponto. Recomenda o mínimo de cinco e o máximo de dez pessoas participando desse processo. Outros autores sugerem de seis a vinte sujeitos, sendo composto por um mínimo de três indivíduos em cada grupo de profissionais selecionados para participar. Nessa decisão, deve-se levar em conta as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais necessários (ALEXANDRE, COLLUCI, 2011).

No caso de seis ou mais, recomenda-se uma taxa não inferior a 0,78. Para verificar a validade de novos instrumentos de uma forma geral, alguns autores sugerem uma concordância mínima de 0,80 (ALEXANDRE, COLLUCI, 2011).

Os dados desta etapa foram organizados em tabelas e analisados conforme a avaliação da concordância entre os especialistas, segundo a distribuição de frequência das respostas.

A etapa final foi constituída pela elaboração do material, realizada por profissional de comunicação e publicidade. Antes de iniciar a pesquisa, o estudo foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Estácio do Ceará, com o protocolo de número 1.227.079.

RESULTADOS

De acordo com a caracterização dos especialistas, pôde-se observar que a amostra foi composta por (n=07) avaliadores, sendo 4 fisioterapeutas e 3 terapeutas ocupacionais. Destes, 6 eram do sexo feminino e 1 do masculino, sendo 57% mestres e todos com atuação clínica na área temática. A maioria (72%) tem entre 30 e 40 anos de idade.

A avaliação de concordância da adequação da cartilha educativa expressa na tabela 1 leva em consideração os dados relativos às análises dos especialistas quanto ao formulário proposto pertinente à qualidade do material didático.

Observou-se que a grande maioria assinalou os itens de satisfação e parcialmente satisfatório, sendo desconsiderado o item insatisfatório. Assim, a grande maioria dos itens propostos foi considerada apta, tendo ICV de 100%.

Tabela 1 - Avaliação de concordância da adequação da cartilha educativa.
Fortaleza, CE – 2015.

Gráfico 1 - Resultados dos itens.

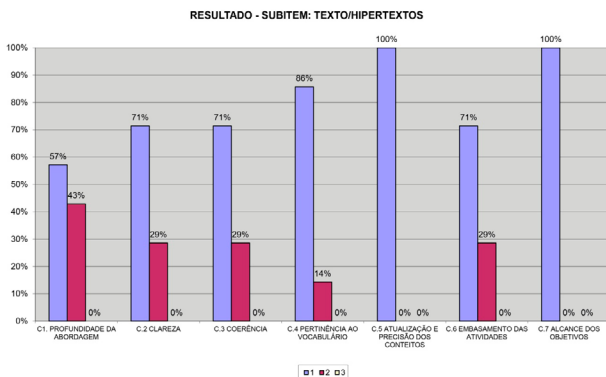
| FORMULÁRIO PROPOSTO AOS AVALIADORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------|---|---|-------------|---|---|-------------|------|---|-------------|---|------|-------------|---|---|-----------|---|---|--------|------|---|-----|---|---|--|------|-----|----|--|--|----|--|--|
| ITENS | SUBITENS | 1º AVALIADO | | | 2º AVALIADO | | | 3º AVALIADO | | | 4º AVALIADO | | | 5º AVALIADO | | | RESULTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | OMP* | 1 | 2 | 3 | OMP* | 1 | 2 | 3 | OMP* | 1 | 2 | 3 | OMP* | 1 | 2 | 3 | OMP* | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | |
| ASPECTOS EDUCACIONAIS | A. RELEVÂNCIA DO TEMA | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | 100% | 0% | 0% | | | | | | |
| | B. OBJETIVOS | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | 100% | 0% | 0% | | | | | | |
| | C. TEXTOS PERFEITOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | C1. PROFUNDIDADE DA ABORDAGEM | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | Referências sugeridas | 57% | 43% | 0% | | | | | |
| | C2. CLAREZA | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | | 71% | 29% | 0% | | | | | |
| | C3. COERÊNCIA | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | | 71% | 29% | 0% | | | | | |
| | C4. PERTINÊNCIA AO VOCABULÁRIO | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | | 86% | 14% | 0% | | | | | |
| | C5. ATUALIZAÇÃO E PRECISÃO DOS CONTEÚDOS | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | | 100% | 0% | 0% | | | | | |
| | C6. ENRIQUECIMENTO DAS ATIVIDADES | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | Ver um referencial - definição de atividades | 71% | 29% | 0% | | | | | |
| | C7. ALCANCE DOS OBJETIVOS | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | | 100% | 0% | 0% | | | | | |
| | D. ATIVIDADES E EXERCÍCIOS PROPOSTOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D1. COERÊNCIA DAS ATIVIDADES LISTADAS | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | | 100% | 0% | 0% | | | | | |
| | D2. ORIENTAÇÕES | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | Ver um referencial | 57% | 43% | 0% | | | | | |
| D3. ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | | 100% | 0% | 0% | | | | | | |
| D4. ATIVIDADE DE VIDA PRÁTICA | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | | 100% | 0% | 0% | | | | | | |
| D5. EXERCÍCIO PARA O COTIDIANO | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | | 86% | 14% | 0% | | | | | | |
| D6. TIPO DE ATIVIDADES PROPOSTAS | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | | 86% | 14% | 0% | | | | | | |
| D7. ALCANÇAMENTOS | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | | 100% | 0% | 0% | | | | | | |
| D8. EXERCÍCIOS | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | | 100% | 0% | 0% | | | | | | |
| E. AUTONOMIA | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | | | | | 100% | 0% | 0% | | | | | | |
| % RESPOSTA 01 | | 100% | | | 72,22% | | | 100% | | | 72,22% | | | 88,89% | | | 83,33% | | | 83,33% | | | 80% | | | 12% | | | 0% | | | | | |
| % RESPOSTA 02 | | 0% | | | 22,22% | | | 0 | | | 22,22% | | | 11,11% | | | 16,67% | | | 16,67% | | | 0 | | | 0% | | | 0% | | | | | |
| % RESPOSTA 03 | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0% | | | 0% | | |

| | | | |
|--------------------------------------|------|-----|----|
| | 1 | 2 | 3 |
| A. RELEVÂNCIA DO TEMA | 100% | 0% | 0% |
| B. OBJETIVOS | 100% | 0% | 0% |
| C. TEXTOS PERFEITOS | 86% | 20% | 0% |
| D. ATIVIDADES E EXERCÍCIOS PROPOSTOS | 86% | 14% | 0% |
| E. AUTONOMIA | 100% | 0% | 0% |

80% 12% 0%

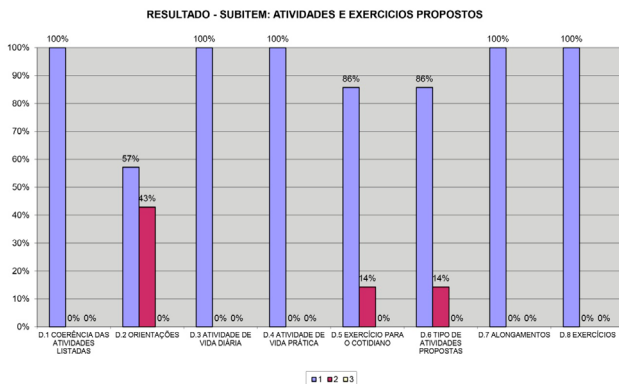
Itens como relevância, objetivo (se os objetivos de cada tópico proposto foram alcançados) e autonomia (se o instrumento favorece a autonomia no cuidado e melhora no retorno das atividades diárias, prática e funcionalidade), foram considerados satisfatórios, o que os tornou válidos.

Gráfico 1 – Distribuição do subitem texto e hipertexto. Fortaleza, Ceará, 2015.



No bloco referente a texto/hipertexto (gráfico 1), os subitens clareza, pertinência ao vocabulário, atualização e precisão dos conceitos e alcance dos objetivos tiveram satisfação total, tornando-os pertinentes. Já os subitens profundidade da abordagem, coerência, embasamento das atividades e orientações foram considerados parcialmente satisfatório. Mesmo não sendo necessárias as alterações, as indicações sugeridas foram acatadas.

Gráfico 2 – Distribuição dos subitens Atividades e Exercícios Propostos. Fortaleza, Ceará, 2015.



Em relação ao bloco de atividades que avaliou as propostas realizadas e sua contribuição para a sociedade, os subitens coerência, atividades de vida diária, atividades de vida prática, exercício para o cotidiano, tipo de atividade proposta, alongamentos e exercícios obtiveram satisfação total (gráfico 2). Enquanto que no subitem orientações foi solicitada a ordenação das mesmas.

Os especialistas foram orientados a anotar as correções e recomendações que julgassem necessárias, ainda que não julgassem os itens insatisfatórios. Decidiu-se compilar as sugestões que formaram um conjunto de informações importantes, surgindo, assim, considerações pertinentes, as quais foram acatadas para o aperfeiçoamento da cartilha educativa proposta.

Conforme as sugestões dos profissionais, a maioria das alterações tratava de “acrescentar texto e referenciar”, “sequenciar e interligar os textos”, “mostrar o objetivo/eficácia de cada atividade” e “ordenar as orientações” que facilitariam a compreensão da população alvo – mulheres mastectomizadas (Tabela 2).

Tabela 2 – Sugestões dos profissionais. Fortaleza, CE – 2015.

| ITENS | SUGESTÕES | N* |
|----------------------------|---|----|
| Profundidade da Abordagem | Acrescentar texto | 2 |
| Profundidade da Abordagem | Referenciar | 1 |
| Coerência | Sequenciar e interligar os textos | 2 |
| Embasamento das Atividades | Mostrar o objetivo/eficácia de cada atividade | 2 |
| Orientações | Ordenar as orientações | 2 |

*N - Número de participantes que tiveram como resposta o item parcialmente satisfatório.

Após análise das inferências dos especialistas, o material didático foi enviado à confecção final.

DISCUSSÃO

Para os pacientes em processo de reabilitação, a educação é decisiva por apoiar e facilitar a tomada de decisões, e as informações escritas ou orais devem-lhes ser dirigidas com o objetivo de ajudá-los a determinarem as metas do autocuidado e a buscarem soluções para os problemas enfrentados (LIMA, 2013). A cartilha educativa é de grande relevância, tendo em vista que um número considerável de pacientes

encontra dificuldades para adquirir informações básicas e vitais necessárias à saúde, as quais, predominantemente, são apresentadas na forma impressa (OLIVEIRA, FERNANDES, SAWADA, 2008).

As ações de controle do câncer de mama têm um marco histórico que vai de meados dos anos 1980 até a atualidade, com os programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1984), Pró-Onco (1986), Viva Mulher (1990), Política Nacional de Atenção Oncológica (2005), Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama (2005-2007), Pacto pela Saúde (2006) e SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer de Mama (2009) (INCA, 2010).

Esses programas vêm atuando sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e promovendo qualidade de vida, sendo fundamentais para a melhoria da saúde da população, o controle de doenças e os agravos (INCA, 2010).

Um material bem elaborado ou uma informação de fácil entendimento melhora o conhecimento e a satisfação do paciente, desenvolve ações que influenciam o padrão de saúde e favorece a tomada de decisão, além de contribuir na redução do uso dos serviços e dos custos com a saúde (MOREIRA, SILVA, 2005).

Atualmente existem diversos tipos de cartilhas relacionadas ao autocuidado com a mulher mastectomizada. Contudo, o diferencial deste estudo foi a elaboração de uma cartilha que contemplasse tanto as necessidades funcionais, quanto as de vida prática e vida diária.

Utilizar material dessa natureza pode facilitar e devolver com maior brevidade condições físicas perdidas após o

procedimento cirúrgico. É importante salientar que a cartilha não substitui o acompanhamento clínico, pelo contrário, deve ser uma junção dos cuidados e uma fonte pertinente para se obter a evolução no tratamento.

A cartilha chama a atenção para ações simples que muitas vezes são pouco valorizadas, que, no entanto, têm impacto significativo na qualidade de vida das mulheres e dos familiares.

Apesar de alguns itens não obterem satisfação total, a avaliação da cartilha foi bem-conceituada, demonstrando uma aceitação positiva deste instrumento no todo, evidenciando sua importância para a sociedade, contribuindo na ajuda ao autocuidado, identificando déficits após o procedimento realizado e auxiliando o retorno às suas atividades.

CONCLUSÃO

O material educativo foi validado segundo critérios de análise entre especialistas. Portanto, a cartilha é relevante e se apresenta como material de ensino nas atividades de educação em saúde continuada, sendo viável sua reprodução e distribuição, melhorando a qualidade de vida da mulher mastectomizada, quanto aos aspectos funcionais, de vida diária e de vida prática.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de Conteúdo nos Processos de Construção e Adaptação de Instrumentos de Medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- BARBOSA, H.F.; REIS, F. J. C.; CARRARA, H.H.A.; ANDRADE, J.M. **Fatores de Risco para Infecções de Sítio Cirúrgico em Pacientes Operadas por Câncer de Mama**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet, Rio de Janeiro, v. 26 n. 3, abr. 2004.
- BATISTON, A. P.; TAMAKI, E. M.; SOUZA, L. A.; SANTOS, M. L. M. **Conhecimento e Prática Sobre os Fatores de Risco para o Câncer de Mama entre Mulheres de 40 a 69 anos**. Rev. bras. saúde matern. infant.; v. 11, n. 2, p. 163-71, 2011.
- FERNANDES, M. I. C. D. Acurácia dos Indicadores Clínicos do Diagnóstico de Enfermagem Volume de Líquido Excessivo em Pacientes Submetidos a Hemodiálise. Dissertação (Pós-Graduação em Enfermagem) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. 2014.
- INSTITUTO NACIONAL DO CANCER – INCA. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>. Acesso 12 Out. 2014.
- INSTITUTO NACIONAL DO CANCER – INCA. Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. 2010
- LAHOZ, M. A.; NYSSSEN, S. M.; CORREIA, G.; GARCIA, A. P. U.; DRIUSSO, P. **Capacidade Funcional e Qualidade de Vida em Mulheres Pós-Mastectomizadas**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 56, n. 4, p. 423-430, 2010.
- LIMA, M.S. **Avaliação de Cartilha Educativa por Pacientes em Tratamento Hemodialítico**. 2013. Monografia do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Picos-Pi. 2013.
- MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C, BARRA, A. A. **Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Câncer da Mama**. Revista brasileira de cancerologia, v. 52, n. 1, p. 49-58, 2006.

MARINHO, S. V. **Uma Proposta de Sistemática para Operacionalização da Estratégia Utilizando o Balanced Scorecard**. 2006. 230 pp. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2006.

MARTA, G. N.; HANNA, A. S.; MARTELLA, E.; SILVA, J. L. F.; CARVALHO, H. A. **Câncer de Mama Estádio Inicial e Radioterapia: Atualização**. Rev. Assoc. Med Bras, v. 57, n. 4, p. 468-74, 2011.

MOREIRA, M. F.; SILVA, M. I.T. **Legibilidade do Material Educativo Escrito para Pacientes Diabéticos**. Online Braz J. Nurs. 2005.

OLIVEIRA, M. S., FERNANDES, A. F. C., SAWADA, N. O. **Manual Educativo para o Autocuidado da Mulher Mastectomizada**, Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 115-23, Jan-Mar 2008.

OLIVEIRA, M. S.; SANTOS M. C. L.; ALMEIDA, P. C.; PANOBIANCO, M. S.; FERNANDES, A. F. C. **Avaliação de Manual Educativo como Estratégia de Conhecimento para Mulheres Mastectomizadas**. Rev. Latino-Am. Enfermagem v. 20, n. 4, Ribeirão Preto, jul - agos, 2012.

PAREDES, C. G.; PESSOA, S. G. P.; AMORIM, D. N.; PEIXOTO, D. T. T; ARAUJO, J. S. S. **Complicações em Reconstrução de Mama com Retalho Pediculado do Músculo Reto Abdominal Transverso**. Rev. Bras. Cir. Plást, São Paulo, v. 27, n. 4, out. - dez, 2012.

REBERTE, L. M. **Celebrando a vida: construção de uma cartilha para promoção da saúde da gestante**. 2008. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SANTOS, M. C. L.; SILVA, T. B. C; CAVALCANTE, K. M.; SOUTO, N. F; LÔBO, S. A.; FERNANDES, A. F. C. **Qualidade De Vida Relacionada à Saúde e Comorbidade Em Pacientes Mastectomizadas**. Rev Rene, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 808-16, out – dez, 2011.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MÃES DE CRIANÇAS DESNUTRIDAS: UM ESTÍMULO AO DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL DA MOTRICIDADE OROFACIAL

Denise Klein Antunes, Camila Bezerra da Silva, Josefa Ferreira de Souza, Daniele de Araújo Oliveira Carlos, Stefanie Garcia da Silva Cruz Lima, Christina Cesar Praça Brasil

INTRODUÇÃO

Devido às mudanças políticas, sociais e econômicas ocorridas nas últimas décadas no Brasil, observou-se uma repercussão nos dados referentes ao estado nutricional das crianças, havendo um declínio superior a 50% da desnutrição infantil. Nesse sentido, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (2011) apresentou dados mais específicos sobre a taxa de desnutrição em crianças brasileiras menores de cinco anos, tendo detectado uma queda de 62%, diante da redução de 12,5%, em 2003, para 4,8%, em 2008.

Chagas et al. (2013) consideram a desnutrição uma síndrome decorrente da carência de um ou mais nutrientes essenciais para o organismo (calorias e/ou proteínas) que traz como consequências alterações corpóreas ao indivíduo, o maior risco de contrair doenças infecciosas e de mortalidade precoce. Essa condição compromete de forma importante o desenvolvimento psicomotor, o rendimento escolar e a capacidade produtiva na idade adulta.

Esses comprometimentos variam de acordo com o grau e o tipo de desnutrição, uma vez que o déficit nutricional pode acometer a fisiologia da musculatura corporal, as sinapses nervosas e o sistema imunológico, prejudicando, dentre outros aspectos, a força, a produção de movimentos, além da cognição (SAWAYA, 2006; LIMA; QUEIROGA, 2007).

Nesse contexto, as crianças desnutridas podem apresentar uma série de alterações fonoaudiológicas que envolvem a motricidade orofacial, a linguagem e a audição (MAGALHÃES; OLIVEIRA; ASSENCIO-FERREIRA, 2001; SILVEIRA; LAMOUNIER, 2004; FERRIOLLI, 2010).

A Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (2012) diz que a Motricidade Orofacial (MO) constitui a área da fonoaudiologia que estuda a estrutura dos lábios, da língua, das bochechas e da face, além das funções a elas relacionadas, a exemplo da respiração, sucção, mastigação, deglutição e fala. Assim, as intervenções do fonoaudiólogo junto a crianças desnutridas e com alterações na MO consistem na promoção da saúde, prevenção dos agravos, avaliação, detecção e tratamento dessas funções, podendo, ainda, contribuir com a formação dos pais e/ou cuidadores para o estímulo de comportamentos que favoreçam o desenvolvimento saudável dessas funções.

Diante do declínio da taxa de desnutrição no Brasil, levam-se em consideração vários fatores que influenciaram na mudança desses números, sendo o envolvimento da família no enfrentamento da desnutrição e das comorbidades associadas um dos mais importantes (FROTA; BARROSO, 2004).

O envolvimento da família das crianças desnutridas nos processos de promoção e cuidado com a saúde revela

possibilidades de transformação e de empoderamento em suas ações diárias, bem como evidencia a eficiência e a eficácia das ações em saúde. A prática de aprendizagem com base nas experiências dos envolvidos em um determinado contexto traduz “um processo democrático de se autocuidar” e de educação em saúde, com maior senso de responsabilidade (D’EL REY, 1996), uma vez que o conhecimento favorece o desenvolvimento de ações mais assertivas.

Para Besen (2004), as práticas educativas devem considerar a construção compartilhada de saberes que fundamentam as visões de mundo das pessoas e respeitam esses saberes, potencializando a importância de cada uma das pessoas e dos coletivos sociais nos processos de promoção da saúde.

Em crianças desnutridas, os problemas mais frequentes relacionados à MO são alterações na respiração, sucção, mastigação, deglutição e fala, assim como na posição dos lábios, da língua e das bochechas (FERRIOLI, 2010). Além disso, é importante considerar que as dificuldades nas funções orofaciais ligadas à alimentação podem comprometer a preparação e a ingestão de determinados alimentos, comprometendo ainda mais o estado nutricional.

Com base nas dificuldades enfrentadas pelas crianças desnutridas associadas aos benefícios oferecidos pelas ações de educação em saúde voltadas aos pais, evidencia-se a importância da intervenção fonoaudiológica na oferta de orientações sobre a amamentação, a alimentação complementar e os hábitos orais. Essas ações devem voltar-se principalmente à família, uma vez que o cuidar tem uma estreita relação com a escolaridade e com a saúde física e mental dessas crianças.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo consistiu em desenvolver um programa de educação em saúde voltado às mães de crianças desnutridas de 0 a 6 anos de idade, com o intuito de instrumentalizá-las na estimulação do desenvolvimento saudável da motricidade orofacial dos seus filhos, favorecendo comportamentos saudáveis relativos à comunicação oral e à deglutição.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo com referência temporal transversal do tipo pesquisa-ação (GRITTEM; MEIER; ZAGONEL, 2008) realizado no IPREDE, de agosto a outubro de 2011.

Baldissera (2001) afirma que a pesquisa-ação caracteriza-se pela participação ativa das pessoas envolvidas no processo investigativo. No caso das oficinas, parte-se de um projeto que inclui a necessidade de ação pessoal ou social na tentativa de mudar comportamentos para resolver determinado problema ou situação que afeta o indivíduo ou a comunidade. Ressalta-se que, neste estudo, as oficinas foram realizadas com essa finalidade, uma vez que se buscou instrumentalizar as mães para a promoção de um melhor desenvolvimento da motricidade orofacial dos seus filhos, levando-se em consideração seus conhecimentos preliminares.

Nesse sentido, as oficinas foram aplicadas por serem uma estratégia bastante pertinente para a realização de uma pesquisa-ação, uma vez que essa metodologia requer um processo interativo entre os pesquisadores e a população em estudo. Segundo Baldissera (2001, p. 7):

A participação dos pesquisadores é explicitada dentro do processo do 'conhecer' com os 'cuidados' necessários para que haja reciprocidade/complementariedade por parte das pessoas e grupos implicados, que têm algo a "dizer" e a "fazer". Não se trata de um simples levantamento de dados.

O Instituto de Prevenção da Desnutrição e da Excepcionalidade (IPREDE) está localizado na cidade de Fortaleza – Ceará, sendo uma organização não governamental fundada em 1986 com atuação voltada ao combate da desnutrição infantil. Esta instituição é referência nas Regiões Norte e Nordeste do Brasil. Sua missão consiste em promover a saúde da criança, do adolescente e das suas famílias, com ênfase na nutrição e no desenvolvimento humano, produzindo tecnologias sociais replicáveis.

Participaram deste estudo 13 mães com faixa etária entre 18 e 34 anos, cujos filhos com idades de 0 a 6 anos eram acompanhados na Instituição por terem diagnóstico de desnutrição. As mães foram incluídas no estudo com base nos seguintes critérios: querer e estar disponível para participar de, pelo menos, 75% das cinco oficinas realizadas; tendo sido excluídas aquelas que, por condições pessoais, não tiveram disponibilidade para comparecer aos encontros propostos. Para a manutenção do anonimato, as participantes foram identificadas pela letra "M" seguida dos números de 1 a 13, conforme exemplo a seguir: M1 (mãe 1) e assim sucessivamente.

Realizaram-se cinco oficinas com periodicidade quinzenal, cada uma delas com aproximadamente 50 minutos de duração, abordando temáticas sobre a estimulação e o desen-

volvimento da motricidade orofacial na infância, incluindo os seguintes aspectos: aleitamento materno, transição das consistências alimentares e hábitos orais (uso de chupeta e mamadeira, sucção do dedo, onicofagia – hábito de roer unhas, dentre outros).

As pesquisadoras (fonoaudiólogas), em parceria com a assistente social da instituição, realizaram um momento de sensibilização antes da primeira oficina para convidar as mães que estavam no IPREDE a participarem da pesquisa. Nessa ocasião, foram entregues convites às mães com as datas e os horários de todas as oficinas.

A programação da primeira oficina consistiu na apresentação das temáticas e da metodologia de trabalho, tendo iniciado com uma dinâmica de apresentação das participantes para a integração do grupo. Em seguida, as interessadas assinaram um Termo de Consentimento e Livre Esclarecido (TCLE). Foi solicitada, ainda, a permissão para a filmagem dos grupos e o registro fotográfico dos encontros.

Nas oficinas subseqüentes (segunda, terceira e quarta), foram abordados os temas referentes à motricidade orofacial por meio de dinâmicas que colocaram as mães como as atrizes principais desse cenário, sempre partindo de questões norteadoras. Essa estratégia facilitou que a educação em saúde sobre o desenvolvimento da motricidade orofacial das crianças fosse significativa para as mães, uma vez que o contexto de vida dessa população foi levado em consideração nos casos apresentados e nas discussões realizadas.

Na segunda oficina, abordou-se o tema amamentação, tendo a discussão iniciado a partir das seguintes questões:

“Qual a importância da amamentação para o(a) seu(sua) filho(a)?”; “Como e por que você o(a) amamenta?”. Após responderem às questões, foram apresentadas gravuras referentes à amamentação, fazendo com que as participantes expusessem seus conhecimentos prévios a respeito do assunto.

A terceira oficina abordou o tema transição das consistências alimentares, tendo seguido o mesmo procedimento. As questões norteadoras foram as seguintes: “Você acha importante mudar o tipo de alimento dado ao(à) seu (sua) filho(a)? Por quê?”; “Você recebeu orientações de algum profissional sobre o tipo de alimento a ser dado ao(a) seu (sua) filho(a) ao longo do seu desenvolvimento?; “Que tipos de utensílios (mamadeira, colher, copo, outros) você usa para alimentar o(a) seu(sua) filho(a)?”.

A quarta oficina versou sobre os hábitos orais que fazem parte da realidade dessas crianças e as questões norteadoras foram: “Seu(sua) filho(a) toma mamadeira, chupa chupeta ou dedo?”; “Você acha que isso faz bem à saúde dele(a)?”.

Em cada uma das oficinas, as pesquisadoras atuaram como mediadoras da discussão, visto que, após os debates, puderam considerar o conhecimento prévio das mães sobre a temática em pauta e realizar uma sessão de orientações sobre a estimulação da motricidade orofacial em cada faixa etária. Em todas as oficinas utilizaram-se gravuras sobre os temas abordados para facilitar a compreensão das participantes.

No quinto encontro, solicitou-se às mães que expusessem o conhecimento adquirido ao longo das oficinas. Esta estratégia possibilitou que as mães reforçassem e fixassem as orientações fornecidas, favorecendo o estabelecimento das

relações do novo conhecimento com as experiências pessoais de cada mãe e a valorização do saber que traziam consigo.

A análise dos dados se deu a partir das informações obtidas nas oficinas, com registros das pesquisadoras feitos em diário de campo e por meio da filmagem dos encontros. Em seguida, os depoimentos das mães foram transcritos e analisados por meio da Análise de Conteúdo na modalidade temática (BARDIN, 2008), tendo sido identificadas três temáticas, as quais foram interpretadas à luz do Interacionismo Simbólico (BLUMER, 1986) e da literatura pesquisada.

Ressalta-se que foram respeitados todos os princípios éticos e legais previstos na Resolução CNS 196/96 e que este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, sob o parecer N° 11-226.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das oficinas e dos dados coletados, identificaram-se as seguintes temáticas: conhecimentos sobre amamentação; transição alimentar e hábitos orais.

CONHECIMENTOS SOBRE AMAMENTAÇÃO

A primeira temática aborda os conhecimentos sobre a amamentação, a qual traz três ideias associadas: a prevenção de doenças, o fortalecimento do vínculo mãe e bebê e a importância para o desenvolvimento da fala.

A amamentação foi reconhecida pelas mães como a primeira fase da alimentação do bebê. Elas demonstraram conhecimento sobre a sua importância para a saúde da criança, con-

forme o seguinte relato: *“Eu acho importante dar de mamar por causa da saúde do bebê. Assim, ele não adoce muito.”* (M1)

Sabe-se que o leite materno é o alimento ideal, contém todas as substâncias nutritivas e de hidratação requeridas nos primeiros anos de vida, tendo repercussões ao longo de toda a vida (LACERDA; SANTOS 2013). Além disso, Cardoso et al. (2015) ressaltam a importância do aleitamento materno para a Fonoaudiologia devido aos movimentos de sucção no seio que possibilitam o preparo e o desenvolvimento das estruturas bucais no que se refere à mobilidade, força, postura, bem como ao aprimoramento das funções de respiração, mastigação, deglutição e fala.

Assim, vê-se a importância do envolvimento de profissionais de saúde pública para intervir com o objetivo de reunir ideias e ações para compor políticas e programas que possam levar ao aumento da prática do aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida. Esse conhecimento deve ser reforçado junto às mães, pois, segundo o Interacionismo Simbólico de Blumer (1986), o fato de se conhecer determinado assunto desencadeia ações pertinentes ao cuidado.

Verificou-se também que as mães reconhecem que mamar no peito influencia positivamente o vínculo mãe-bebê: *“... a amamentação aproxima a mãe do filho...”* (M11). O contato da pele da mãe com a do recém-nascido promove efeitos positivos na primeira mamada e o reconhecimento do cheiro do leite materno pelo bebê (ANDERSON; MOORE; BERGMAN, 2001). Outro fato a ser considerado é que, a partir desse contato íntimo, a mãe fortalece a linguagem e a autoestima da criança, fazendo com que haja uma ampla

integração entre ambos, o que envolve carícias, expressões, sons, entre outros estímulos.

A promoção do aleitamento materno deve ser vista como uma ação prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e de suas famílias. As estratégias de promoção da amamentação devem variar de acordo com a população, sua cultura, seus hábitos, crenças, posição socioeconômica, dentre outras características.

Quando relata que a amamentação é importante para a fala, uma das participantes explica que, ao mamar no peito, a criança estimula sua musculatura orofacial: “...quando ele [o bebê] vai mamando, vai mexendo [mãe coloca sua mão na mandíbula] ...vai mexendo também a língua...” (M4).

Ao sugar o seio, o bebê estabelece o padrão adequado de respiração nasal e estimula adequadamente os músculos envolvidos na deglutição e, posteriormente, na mastigação. Este estímulo leva ao crescimento ósseo e craniofacial, à adequação das funções das estruturas orofaciais, como lábios, língua e bochechas (GAVA-SIMIONI, 2001). Outro fato a ser destacado é que os hábitos orais aparecem com menor frequência quanto maior for o tempo de aleitamento natural (OLIVEIRA, 2015).

Uma das mães (M4) demonstrou dúvida sobre a interferência do tempo da amamentação sobre o desenvolvimento da fala, uma vez que seus dois filhos, apesar de terem mamado muito tempo, apresentaram tempos diferentes ao começar a falar: “O meu menino [com diagnóstico de desnutrição] vai fazer dois anos, ainda mama e ele custou a falar e a Mariana também mamou muito, mas fala tudo direito”.

Apesar das pesquisas que relacionam MO e desnutrição não serem numerosas, evidências mostram uma estreita relação entre o estado nutricional e a fala, o que foi demonstrado em um estudo realizado em Alagoas, o qual detectou que crianças com histórico de desnutrição apresentam maior dificuldade no desenvolvimento da comunicação oral (LIMA; QUEIROGA, 2007). Essa associação merece destaque quando se aborda a desnutrição infantil, uma vez que, ao alimentar-se, a criança aciona repetidamente a musculatura orofacial e estimula o crescimento da face. Além disso, a sucção e a mastigação equilibradas evitam alterações dentárias e dificuldades na movimentação de estruturas como lábios e língua, o que é fundamental para a produção da fala (OLIVEIRA, 2012) e a manutenção do estado nutricional.

Percebeu-se a interação entre os saberes adquiridos pelas participantes ao longo das oficinas, quando elas fizeram questionamentos quanto à influência da amamentação na fala. Uma mãe que não participou da segunda oficina expôs sua dúvida para a outra mãe: *“Mas por que que a amamentação é assim tão importante para a fala?”* (M6). Em seguida, outra participante respondeu: *“A amamentação é importante porque a criança quando está chupando o peito vai desenvolver o músculo facial para preparar e não dificultar a fala.”* (M3).

Durante as oficinas, constatou-se a necessidade de ampliar as informações oferecidas às mães para o maior esclarecimento sobre temas específicos, uma vez que foram observados alguns mitos sobre a amamentação, advindos da cultura popular. Assim, as pesquisadoras aprofundaram as orientações sobre a relação entre o tempo de aleitamento materno com o desenvolvimento das estruturas e das funções orofaciais, contextualizando o assunto com o tema desnutrição.

TRANSIÇÃO ALIMENTAR

A segunda temática aborda a transição alimentar, o que se refere ao momento em que os alimentos são introduzidos na dieta das crianças, além do aleitamento exclusivo (VENDRUSCOLO, 2012). Nesta fase, é importante que as mães sejam devidamente orientadas para que administrem as consistências adequadas para a faixa etária, além de utilizarem os utensílios e forma correta.

Nesta temática, as ideias associadas relacionam-se às fases para a introdução de novas consistências alimentares e novos utensílios, entretanto, evidenciaram-se algumas dúvidas com relação à possibilidade de permanência da mamadeira, conforme será discutido a seguir.

A partir das gravuras apresentadas na oficina, as mães demonstraram conhecimento adequado sobre a idade correta para a introdução de utensílios para a oferta de novos alimentos, a exemplo do copo, do prato e da colher. A utilização desses utensílios está diretamente relacionada à idade, ao desenvolvimento motor global e oral, e também à consistência dos alimentos, como preconiza o Ministério da Saúde, para uma alimentação saudável em crianças menores de 2 anos (BRASIL, 2005).

O aleitamento materno deve ser exclusivo até o sexto mês de vida, por isso, o seio materno é considerado como o utensílio de alimentação. A partir dessa etapa até o sétimo mês, são introduzidas as papinhas peneiradas na alimentação do bebê, marcando o início da utilização da colher e do copo. Dos oito aos dez meses, a consistência deve ser aumentada com cautela, visto que nessa fase o bebê também suga

melhor os líquidos no copo e manipula os alimentos com a ajuda da colher. No momento em que é necessário estimular a mastigação e a deglutição, é indicada a oferta de alimentos com consistências mais firmes, o que acontece dos dez aos 12 meses, quando o desenvolvimento motor possibilita que a criança pegue com a própria mão a colher, utilize o copo com ajuda e faça o uso dos dedos em pinça para se alimentar. Dos 12 aos 18 meses, a criança já consegue lidar com todos os tipos de texturas alimentares, devendo ser estimulada a comer frutas, legumes e verduras. Nessa fase, ela consegue manusear a colher com uma mão e o copo com as duas. Por fim, dos 18 aos 24 meses, a criança tem condições de se alimentar com a mesma comida consumida pela família; com habilidades motoras refinadas, consegue de forma independente utilizar o garfo e a colher, bem como usar de forma plena o copo para os líquidos (MACEDO, 2012).

Algumas das participantes, porém, consideraram a mamadeira como um utensílio que pode permanecer por mais tempo na oferta de alimentos à criança, como mostram os seguintes relatos: “...depois de seis meses, utiliza-se a mamadeira.” (M2); “Porque..., assim que tira do peito [para a amamentação], vai pra mamadeira e pro copinho” (M3).

A amamentação exclusiva é considerada a prática alimentar mais adequada para a criança até seis meses de idade. Somente após essa idade devem ser introduzidos outros alimentos, denominados complementares, além da manutenção do aleitamento materno (SANTIAGO, 2003). É importante que as mães tenham clareza de que esta fase de transição alimentar é considerada um período de grande vulnerabilidade para a criança, principalmente porque é o

momento em que serão apresentados novos alimentos, e os utensílios utilizados são modificados.

A literatura também revela que, nessa fase, de 25% a 35% das crianças apresentam algum tipo de desordem alimentar, o que pode levá-las a um déficit nutricional, com a possibilidade de instalação de desnutrição, de modo a contribuir para a prevalência dessa deficiência em crianças menores de cinco anos (CASTRO et al., 2004). Vê-se, portanto, que a adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo tanto a desnutrição como o sobrepeso (MACHADO; VIEIRA, 2004).

A importância da oferta de alimentos com diferentes consistências também foi evidenciada pelas mães, uma vez que reconhecem que essa diversidade favorece a estimulação da musculatura da cavidade oral e orofaringe:

“Eu sempre gostei de dar pros meus filhos umas frutinhas diferentes - banana, maçã raspadinha... Isso faz bem, pois eles aprendem a comer e a engolir melhor.” (M3).

Silva e Teles (2013) alegam que a alimentação complementar saudável e diversificada representa uma oportunidade para que a criança seja exposta à ampla variedade de alimentos que irão formar as bases para futuros hábitos alimentares saudáveis, além de propiciar a estimulação tátil, motora e gustativa. A modulação das preferências alimentares, a partir das práticas nos primeiros anos de vida, tem sido explorada na literatura.

Outro fato a ser considerado, e que não foi identificado pelas mães deste estudo, é que o leite materno é constituído de diversos cheiros/sabores que refletem diretamente nos alimentos, temperos e líquidos ingeridos e inalados pela mãe. O aleitamento materno expõe o lactente à ampla experiência sensorial, facilitando a aceitação plena da alimentação complementar equilibrada e balanceada (BEAUCHAMP; MENNELLA, 2009).

Assim, em alguns momentos, as mães relataram a importância da introdução dos diversos tipos de alimentos e em diferentes consistências, como ferramenta indispensável para a mastigação e o desenvolvimento dos dentes da criança: *“Aprendi muitas coisas, assim como os dentes que crescem melhor se o bebê mastigar bem..., sobre a mastigação e que tem que comer os alimentos certos em cada idade”*. (M5). Outra mãe também compartilhou o conhecimento adquirido: *“Sobre alimentação tem as idades que começa no líquido de 0 a 6 meses, pastoso de 6 a 8 e o sólido de 8 meses a 1 ano.”* (M4)

Após os debates acerca das questões e das gravuras, as pesquisadoras forneceram esclarecimentos sobre a importância de variar consistências e sabores alimentares. Esses conhecimentos foram considerados como valiosos pelas mães de crianças desnutridas na faixa etária de 0 a 6 anos, uma vez que contribuem para que elas passem a selecionar de forma mais pertinente os alimentos a serem oferecidos, a melhor forma de administração e os utensílios a serem utilizados.

HÁBITOS ORAIS

A terceira temática inclui os hábitos de sucção de dedo, chupeta e/ou mamadeira, os quais podem causar alterações no

sistema estomatognático, acometendo as funções de fala, respiração, deglutição e mastigação. Essas alterações são decorrentes do desequilíbrio das forças exercidas na cavidade oral por esses hábitos, podendo comprometer a oclusão labial e causar distúrbios na musculatura que desempenha as funções supracitadas. Um exemplo disso é o aleitamento artificial com a mamadeira, principalmente com o uso de bicos que não sejam ortodônticos, pois podem alterar o desenvolvimento dentofacial e funcional (BASTOS; PERES; CALDANA, 2007).

Neste estudo, constatou-se que as mães demonstraram reconhecer que a adoção de hábitos orais é prejudicial ao desenvolvimento dos seus filhos, porém discutiram a dificuldade de fazerem com que seus filhos interrompam esses comportamentos, principalmente no que se refere ao uso da mamadeira e à sucção digital: *“Foi um sufoco tirar meu filho do dedo, coloquei até pimenta... ele chupou dedo até três anos.”* (M2 - sobre seu filho de 6 anos).

Melo e Pontes (2014) apontam a sucção digital como um hábito difícil da criança cessar, por ser desempenhado com a utilização de uma parte do corpo da própria criança à qual ela tem livre acesso. É recorrente a troca de experiências entre mães que se angustiam na tentativa de fazer com que seus filhos abandonem esse hábito, fazendo com que haja muitas práticas associadas à cultura popular que direcionam ações para a eliminação desse hábito.

Outro hábito que chama a atenção no grupo em estudo e que apresenta grande frequência é a manutenção do uso da mamadeira por crianças que já passaram da fase de sucção exclusiva. Uma das participantes relatou a experiência com o seu filho de 6 anos, apresentando dúvidas sobre a assertivida-

de da manutenção deste hábito para crianças maiores: *“Meu filho toma mamadeira até hoje e eu ainda furo mais o bico. E não é certo?”* (M3).

Medeiros e Bernardi (2011) afirmam que a alimentação no copo tem sido utilizada há muito tempo em países em desenvolvimento com o objetivo de proporcionar um método de alimentação seguro para a criança, reduzindo o uso da mamadeira e alertando sobre a interferência negativa do seu uso para o crescimento e o desenvolvimento da face.

A partir dos relatos, observou-se que os hábitos orais estavam presentes no dia a dia dessas mães, não pela falta de informação sobre os prejuízos que causam nas estruturas e funções orofaciais das crianças, mas pelas influências sociais e culturais do lugar onde vivem. Para muitas delas, o fato de uma criança chupar o dedo ou utilizar a mamadeira por muitos anos é algo normal, mesmo reconhecendo que não é certo, mas consideram como um comportamento de criança, o que também pode ser verificado no estudo de Pizzol (2011).

Uma participante mencionou a flacidez da musculatura como consequência da manutenção dos hábitos orais sobre a musculatura orofacial: *“Não é legal chupar dedo, nem chupeta porque a criança vai ficar com a boca mole”*. (M10).

Durante o debate, uma mãe (M6) disse que tem uma filha de quatro anos que ainda usa a mamadeira. A partir daí, foi questionado quais problemas poderiam afetar a criança diante desse hábito. Então outra mãe (M5) respondeu: *“Os dentes vão ficar pra fora e defeituosos.”* A partir dessa explicação, M6 demonstrou interesse em eliminar esse hábito da sua filha: *“Quer dizer que tomar na mamadeira faz isso? Vou tirar a partir de hoje.”*

No que diz respeito à consciência formada em relação ao abandono da mamadeira e da chupeta, duas mães comentaram o seguinte: *“Aprendi a não dar mamadeira e chupeta, e eu estou grávida novamente, mas não vou cometer os mesmos erros.”* (M3); *“... Eu aprendi que eu tenho que tirar a mamadeira da minha filha de seis anos... Eu dou o copo, e ela toma na mamadeira, toma na mamadeira...”* (M4).

Sentindo-se também como informante e multiplicadora das ações desenvolvidas, uma mãe afirmou: *“O que eu estou aprendendo aqui eu já estou passando pra minha irmã. E gostei das palestras de vocês.”* (M11)

Diante do exposto, cabe ao profissional da saúde orientar os pais, direcionando a educação no que diz respeito aos hábitos, e alertá-los de que, aproximadamente, até os dois anos de idade, os hábitos de sucção podem fazer parte da vida da criança na fase oral de desenvolvimento. Porém, após essa idade, as mães devem começar a interferir e tentar retirar esses hábitos orais. Essa conscientização das mães auxilia na prevenção da aquisição desses hábitos pelas crianças, possibilitando, ainda, que elas percebam o momento certo de intervir para que não se instalem problemas nas funções motoras orais e na fala.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostra que as mães atribuem grande importância e interesse às oficinas realizadas, visto que elas possibilitam a troca de experiências e o compartilhamento de conhecimentos sobre a rotina alimentar e os cuidados com os hábitos orais de seus filhos.

A partir das estratégias propostas, as mães passam a apresentar melhor entendimento sobre a importância da amamentação e sobre a necessidade de serem ofertados alimentos diversificados, de acordo com a etapa de desenvolvimento em que seu filho se encontra. Da mesma forma, observa-se a ampliação da consciência das participantes sobre a interferência dos hábitos orais na postura das estruturas da boca, na mastigação, na forma de engolir os alimentos e na fala de seus filhos.

No que se refere à amamentação, percebe-se que as mães reconhecem o fortalecimento do vínculo mãe e filho, suas contribuições para a melhoria da saúde dos filhos, repercutindo diretamente no desenvolvimento das estruturas orofaciais, nas funções de sucção, mastigação, deglutição e fala.

Quanto à transição alimentar, observa-se que, ao final das atividades, as participantes demonstram a fixação do conhecimento sobre o assunto e o interesse em colocá-lo em prática, por meio da compreensão sobre a importância de ofertar consistências variadas e sabores de alimentos de acordo com a idade da criança.

Sobre a categoria “hábitos orais”, as mães expressam sentir grande dificuldade em interferir para a interrupção desses hábitos junto aos seus filhos, mesmo levando em consideração as consequências negativas sobre a saúde das crianças, o que inclui o estado nutricional. No entanto, é notória a assimilação por parte delas sobre os prejuízos que esses hábitos causam nas funções e estruturas faciais, dependendo do tempo de manutenção deles, e a consciência de procurar

não repetir o modelo com os outros filhos. O fator cultural se mostra importante na realidade dessas mães.

Dessa forma, percebe-se que os conhecimentos são construídos na medida em que as mães debatem e expressam suas experiências de práticas do cotidiano quanto à alimentação e hábitos orais com seus filhos, juntamente com os conhecimentos adquiridos nas oficinas, também discutidos com os profissionais envolvidos. Revelam-se, nas vivências, a abertura e a integração entre os modelos assistenciais, em que há uma valorização do conhecimento empírico trazido pelas mães.

Constata-se, por fim, o envolvimento dessas mães nas ações realizadas de forma efetiva. Com medidas educativas simples e claras, é possível despertar comportamentos capazes de gerar maior autonomia e atitudes transformadoras nas pessoas envolvidas, no enfrentamento de situações de risco à saúde. Assim, pode-se afirmar que as oficinas constituem uma ferramenta de educação em saúde para o desenvolvimento de comportamentos saudáveis.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, G. C; MOORE, E. R; BERGMAN, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**. Oxford: Update Software, 2007. p. 1.

BALDISSERA, A. Pesquisa-ação: uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 7, n. 2, p. 5-25, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. ed. rev. atual. Lisboa: Edições 70, 2009.

BASTOS, J. R. M; PERES S. H. C. S; CALDANA, M. L. **Educação em saúde com enfoque em Odontologia e em Fonoaudiologia**. São Paulo: Santos, 2007.

BEAUCHAMP, G. K; MENNELLA, J. A. Early flavor learning and its impact on later feeding behavior. **J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.**, New York, v. 48, suppl. 1, p. S25-30, 2009.

BESEN, C. B. *et al.* A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, Santa Catarina, v. 16, n. 1, p. 57-68, abr. 2007.

BLUMER, H. **El interaccionismo simbólico: perspectiva y método**. Barcelona: Hora, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Serie A. Normas e manuais técnicos. nº 107).

CARDOSO, C. *et al.* **Identificação das principais alterações fonoaudiológicas em um grupo de crianças da região metropolitana de Salvador/Bahia relato dos pais e/ou cuidadores**. Rev. Baiana Saúde Pública, salvador, v. 39, n. 1, p. 38, 2015.

CASTRO, A. G. de *et al.* Desenvolvimento do sistema sensorio motor oral e motor global em lactentes pré-termo. **Pró-Fono**, Barueri, v. 19, n. 1, p. 29-38, 2007.

CHAGAS, D. C. et al. **Prevalence and factors associated to malnutrition and excess weight among under five year-olds in the six largest cities of Maranhão**. Rev. Bras. Epidemiol., São Paulo, v. 16, n. 1, p. 146-156, 2013.

D'EL REY, D. C. H. **Paradigmas de educação em saúde**. Rio de Janeiro: Pinel, 1996.

FERRIOLLI, B. H. V. M. **Associação entre as alterações de alimentação infantil e distúrbios de fala e linguagem**. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 12, n. 6, p. 990-997, 2010.

FROTA, M. A.; BARROSO, M. G. T. Desnutrição infantil no contexto familiar de mães adolescentes: visão cultural do cuidado. **Acta Sci., Health Sci.**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 167-173, 2008.

GAVA-SIMIONI, L. R. *et al.* Amamentação e odontologia. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v. 4, n. 18, p. 125-31, 2001.

GRITTEM, L.; MEIER, M. J.; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 765, 2008.

ISAÚDE. **Desnutrição infantil no Brasil tem queda de 62% em cinco anos.** Disponível em: <<http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/8472/saude-publica>>. Acesso em: 22 mar. 2011.

LACERDA, C. N.; SANTOS, S. M. J. **Aleitamento materno exclusivo: O conhecimento das mães.** Rev. Bras. Educ. Saúde, Paraíba, v. 3, n. 2, p. 9-16, 2013.

LIMA, L. M.; QUEIROGA, B. A. **Aquisição fonológica em crianças com antecedentes de desnutrição.** Rev. CEFAC, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 13-20, 2007.

MACEDO, A. R. V. C. **O desenvolvimento das habilidades de alimentação do bebê no primeiro ano de vida: uma perspectiva fonoaudiológica de promoção de saúde.** 152 f. Tese (Doutorado em 2012). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MACHADO, M. de F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. **Participação na perspectiva de mães de crianças desnutridas.** Rev. Latinoam. Enferm., Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 76-82, 2004.

MAGALHÃES, M. S. Q.; OLIVEIRA, P. R. P.; ASSENCIO-FERREIRA, V. J. **Desnutrição como fator etiológico de deficiência auditiva em crianças de 0 a 2 anos.** Rev. CEFAC, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 183-6, 2001.

MEDEIROS, A. M. C.; BERNARDI, A. T. **Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira.** Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol., São Paulo, v. 16, n. 1, p. 73-79, 2011.

MELO, P. E. D.; PONTES, J. R. S. **Hábitos orais deletérios em um grupo de crianças de uma escola da rede pública na cidade de São Paulo**. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 16, n. 6, p. 1945-1952, 2014.

OLIVEIRA, C. **Relação entre praxias orais, tipo e tempo de amamentação e de exposição dos hábitos orais nocivos em crianças em idade pré-escolar**. 49 f. Dissertação (Mestrado em 2015). Escola Superior de Saúde do Alcoitão – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Lisboa, 2015.

PIZZOL, K. E. D. C. *et al.* **Influência do ambiente familiar e da condição socioeconômica na introdução e na manutenção de hábito de sucção não nutritiva**. Rev Odontol UNESP, Marília, v. 40, n. 6, p. 296-303, 2011.

SANTIAGO, L. B. *et al.* **Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico**. J Pediatr (Rio J), Rio de Janeiro, v. 79, n. 6, p. 504-512, 2003.

SAWAYA, A. L. Desnutrição: conseqüências em longo prazo e efeitos. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 20, n. 58, p. 147, 2006.

SILVA, A. I.; TELES, A. Neofobias alimentares: importância na prática clínica. **Nascer e Crescer**, Porto, v. 22, n. 3, p. 167-170, 2013.

SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. **Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais**. Rev. Nutr, Campinas, v. 17, n. 4, p. 437-447, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA. **Respostas para perguntas freqüentes na área de motricidade orofacial**. São Paulo: SBFA, 2012. Disponível em: <http://www.sbfa.org.br/portal/pdf/faq_motricidade_orofacial.pdf>. Acesso em: 02, fev, 2015.

VENDRUSCOLO, J. F. *et al.* A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 24, n. 1, 41-52, 2012.

ESTILO DE VIDA DE ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

João Lucas Aguiar Lima, Iaramina Marques Ramos, Ismênia de Carvalho Brasileiro, Cristiano Araújo Teles, Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro, Aline Veras Morais Brillhante

INTRODUÇÃO

O estilo de vida da população de jovens adultos tem sido tema de muitos estudos na atualidade. O ritmo de vida da sociedade contemporânea, o consumismo, a mídia convidam para uma omissa e curiosa relação de prazer e riscos entre os jovens, bem como o uso de álcool, fumo, refeições “práticas” dos *fastfoods*, dentre outras, tornando corriqueira a vulnerabilidade às doenças cardiovasculares (DCV) (BRANDÃO *et al.*, 2004; LIRA *et al.*, 2006).

Todas essas experiências influenciam o estilo de vida do jovem e de como este se relaciona com outros aspectos no seu cotidiano. São múltiplos os determinantes da saúde, os quais podem ser agrupados em categorias nas quais se encontram os elementos que fazem as pessoas se manterem saudáveis.

A primeira categoria constitui o ambiente social e econômico, a segunda é ambiente físico, a terceira categoria considera as atitudes pessoais, que criam riscos ou benefícios para a saúde, a quarta categoria representa as capacidades individuais,

como fisiologia, competência pessoal, próprias habilidades do indivíduo. E, por último, estão os serviços de promoção, manutenção e restauração da saúde (CSEF *et al.*, 2003).

Abordar o estilo de vida de jovens adultos estudantes, em especial de um curso da saúde, que desde muito cedo entram em contato com o saber científico quanto às condutas de saúde necessárias para sua promoção, prevenção e qualidade de vida, torna-se um assunto atraente e relevante, uma vez que serão esses os futuros promotores de padrões de vida adequados.

O estilo de vida inadequado tende a conduzir o adulto jovem para risco cardiovascular nessa fase da vida. Assim, esta pesquisa pode dar maior visibilidade aos estudantes adultos jovens e favorecer uma promoção da saúde transversal a todo o ciclo de vida da pessoa.

Nesse sentido, questiona-se: Os estudantes de um curso de fisioterapia de uma instituição de ensino superior do município de Fortaleza apresentam um estilo de vida saudável? Como utilizam seu tempo disponível quando não estão na faculdade? São praticantes de alguma atividade física regular? Apresentam risco para alguma alteração cardiovascular?

Essas são algumas das questões que precisam ser refletidas pela população, profissionais, gestores, cientistas na busca de promoção de ações direcionadas à saúde de futuros promotores de educação e saúde. Conhecer o estilo de vida de estudantes universitários torna-se oportuno para subsidiar eventuais tomadas de decisões na implantação de programas intervencionistas no espaço da universidade e de outros centros.

A saúde deve ser vista como objeto de intervenção que torna possível a melhora do estilo de vida, nesse caso, em especial, dos estudantes, e as ações devem ser direcionadas às condições de vida e fatores sociais, já que estes interagem para manter os padrões de comportamento.

Mediante o exposto, tem-se como objetivo analisar o estilo de vida de estudantes adultos jovens de um curso de fisioterapia em uma Instituição de Ensino Superior.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, analítico, que tem como propósito esclarecer conceitos de estilo de vida, devendo fornecer uma visão ampla de como possíveis eventos aparecem na população estudada (GIL, 2007). A pesquisa foi desenvolvida na instituição de Ensino Superior Centro Universitário Estácio do Ceará, no município de Fortaleza, unidade Via Corpvs, localizada na Rua Rua Eliseu Uchôa Beco, 600 - Água Fria, Fortaleza – CE, 2015.

A população compreendeu os estudantes de fisioterapia adultos jovens da referida instituição, convidados a participar aleatoriamente da pesquisa. A fase da vida escolhida foi compreendida entre 20 e 24 anos de idade, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o marco legal brasileiro (BRASIL, 2007; OMS/OPAS, 2005).

Para a composição da amostra foi tomado por base o número de alunos do curso de fisioterapia, que corresponde a 1.106 alunos matriculados até o segundo semestre de 2013. Para o cálculo amostral, foi utilizada a regra aplicada em populações finitas, cujos níveis de confiança são de 95%, o que correspondeu a 292 alunos.

A coleta de dados foi pensada em duas fases. A primeira correspondeu à sensibilização e seleção dos participantes; e a segunda à aplicação dos instrumentos de coleta de dados referentes às variáveis sociodemográficas e clínicas, bem como ao estilo de vida fantástico verificado pelo questionário “Estilo de vida fantástico” (validado para o Brasil) (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

O questionário “Estilo de vida fantástico” foi desenvolvido no Canadá (WILSON; CILISKA, 1984), e a origem da palavra “fantástico” vem do acrônimo FANTASTIC, que representa as letras dos nomes dos nove domínios (na língua inglesa) em que estão distribuídas 25 questões ou itens: F= Family and friends (família e amigos); A = Activity (atividade física); N = Nutrition (nutrição); T = Tobacco e toxics (cigarro e drogas); A = Alcohol (álcool); S = Sleep, seatbelts, stress, safe sex (sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro); T = Typeofbehavior (tipo de comportamento; padrão de comportamento A ou B); I = Insight (introspecção); C = Career (trabalho; satisfação com a profissão).

A codificação das questões para análise do questionário foi realizada por pontos, da seguinte maneira: zero para a primeira coluna, 1 para a segunda coluna, 2 para a terceira coluna, 3 para a quarta coluna e 4 para a quinta coluna. As questões que só possuem duas alternativas pontuam: zero para a primeira coluna e 4 pontos para a última coluna. A soma de todos os pontos permitiu chegar a um escore total que classifica os indivíduos em cinco categorias: “Excelente” (85 a 100 pontos), “Muito bom” (70 a 84 pontos), “Bom” (55 a 69 pontos), “Regular” (35 a 54 pontos) e “Necessita melhorar” (0 a 34 pontos).

Os dados das duas fases foram coletados, seguiram para a construção de um banco de dados em um programa estatístico, para avaliação estatística analítica, relação e entrecruzamento das diversas variáveis, com utilização de testes estatísticos. Os dados foram tabulados em uma planilha do programa Microsoft Office Excel 2013® e posteriormente analisados com o Programa IBM - Statistical Package for the Social Sciences-SPSS (SPSS 20.0).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Estácio FIC, sendo aprovado sob o protocolo de nº 074/2013, atendendo aos preceitos da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

Em relação ao perfil sociodemográfico, viu-se uma população majoritariamente feminina (55,1%), com média de 22,83 anos de idade, composta por indivíduos solteiros (84,2%) que moram com os pais (68,8%), pertencem a famílias com grau de instrução fundamental completo (79,8%), trabalham e contribuem com a renda familiar (54,1%).

Segundo a World Heart Organization (2012), hábitos como uso de tabaco, álcool, inatividade física e alimentação não saudável são importantes fatores de risco associados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Como um dos objetivos foi determinar possíveis fatores de risco para hipertensão arterial, enfatizaram-se os seguintes aspectos do questionário: A, N, T, A.

Quanto à atividade física, analisaram-se possíveis programas de exercícios e atividades cotidianas. Assim, grande

parte dos acadêmicos pratica atividades entre cinco ou mais vezes por semana. Atividades que se referem a um programa de exercícios, como esteira e bicicleta, são praticadas por 21% dos entrevistados que as realizam menos que 1 vez por semana (Tabela 1).

TABELA 1 – *Dados sobre atividade física, Fortaleza, Ceará, 2015.*

| Item do Questionário | N | % |
|--|------------|-------------|
| <i>Sou vigorosamente ativo pelo menos 30 minutos por dia (comida, bicicleta, etc.)</i> | | |
| Menos de 1 vez por semana | 63 | 21,6 |
| 1 a 2 vezes por semana | 36 | 12,3 |
| 3 vezes por semana | 49 | 16,6 |
| 4 vezes por semana | 41 | 14 |
| 5 ou mais vezes por semana | 103 | 35,3 |
| <i>Sou vigorosamente ativo (jardinagens, caminhada, trabalho de casa)</i> | | |
| Menos de 1 vez por semana | 44 | 15,1 |
| 1 a 2 vezes por semana | 52 | 17,5 |
| 3 vezes por semana | 50 | 17,1 |
| 4 vezes por semana | 56 | 19,2 |
| 5 vezes ou mais por semana | 91 | 31,2 |

Quando investigados quanto ao quesito nutrição, um dos pontos mais importantes do questionário é a alimentação balanceada. Na Tabela 2, observam-se os dados referentes à nutrição dos entrevistados. 51,1% responderam que, com relativa frequência, fazem uso de alimentação balanceada, porém 17,1% fazem raramente uma dieta balanceada. Além disso, 20,9% dos acadêmicos relataram que comem frequentemente de 1 a 2 dos itens, como açúcar, sal

e gordura animal, em excesso. Todos esses dados favorecem o excesso de peso. Viu-se ainda que 60% dos entrevistados relataram ter excesso de 2 quilos acima do peso considerado como saudável.

TABELA 2 – *Dados sobre nutrição. Fortaleza, Ceará, 2015.*

| Item do Questionário | N | % |
|--|------------|-------------|
| <i>Como uma dieta balanceada</i> | | |
| Quase nunca | 42 | 14,4 |
| Raramente | 50 | 17,1 |
| Com relativa frequência | 149 | 51 |
| Quase sempre | 51 | 17,5 |
| <i>Frequentemente como em excesso: 1) açúcar, 2) sal, 3) gordura animal, 4) bobagens e salgadinhos</i> | | |
| | 40 | 13,7 |
| Quatro itens | 38 | 13 |
| Três itens | 91 | 31,2 |
| Dois itens | 61 | 20,9 |
| Um item | 62 | 21,2 |
| Nenhum | | |
| <i>Estou no intervalo de _____ quilos do meu peso considerado saudável:</i> | | |
| Mais de 8kg | 21 | 7,2 |
| 8kg | 16 | 5,5 |
| 6kg | 33 | 11,3 |
| 4 kg | 45 | 15,4 |
| 2kg | 177 | 60,6 |

O fumo tem sido descrito como um fator de risco para doença cardiovascular modificável. Este risco é especialmente maior quanto mais jovem este hábito é iniciado (SILVA, ET AL, 2008). Dos entrevistados, 89,7% (262) não fumaram nenhum cigarro nos últimos cinco anos.

O último item observado que se apresenta como fator de risco para doença cardiovascular é a ingestão de álcool. Nesta pesquisa (Tabela 3), observa-se que 97,3% (n= 284) ingerem de 0 a 7 doses por semana e 76,7% dos entrevistados disseram que nunca bebem mais que 4 doses em uma única ocasião.

TABELA 3 – *Dados sobre ingestão de álcool, Fortaleza, Ceará, 2015.*

| Item do Questionário | N | % |
|--|------------|-------------|
| <i>Minha ingestão média por semana de álcool é _____ doses</i> | | |
| Mais de 20 | 1 | 3 |
| 11 a 12 | 4 | 4 |
| 8 a 10 | 3 | 1 |
| 0 a 7 | 284 | 97,3 |
| <i>Bebo mais de 4 doses em uma ocasião:</i> | | |
| Ocasionalmente | 22 | 7,5 |
| Quase nunca | 46 | 15,5 |
| Nunca | 224 | 76,7 |

A análise do perfil sociodemográfico com a classificação do estilo de vida pelo questionário ‘estilo de vida fantástico’ (Tabela 4) demonstra que a maioria dos perfis é classificada como “muito bom”.

TABELA 4 - Perfil sociodemográfico e 'Estilo de vida fantástico'. Fortaleza, Ceará, 2015.

| | REGULAR | | BOM | | MUITO BOM | | EXCELENTE | |
|--|---------|-----|-----|------|------------|-------------|-----------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| SEXO FEMININO | 5 | 1,2 | 60 | 21,1 | 160 | 59,6 | 67 | 18 |
| SOLTEIROS | 5 | 2 | 50 | 20,3 | 140 | 56,9 | 51 | 20,7 |
| MORAM COM OS PAIS | 4 | 2 | 39 | 19,4 | 117 | 58,2 | 41 | 20,4 |
| GRAU DE INSTRUÇÃO FAMILIAR COMPLETO | 2 | 1,7 | 21 | 18,1 | 62 | 53,4 | 31 | 26,7 |
| TRABALHAM E CONTRIBUEM COM A RENDA FAMILIAR | 2 | 1,2 | 36 | 22 | 83 | 50,6 | 43 | 26,2 |

Em relação à classificação geral do estilo de vida dos estudantes, segundo o questionário “estilo de vida fantástico”, observou-se que a maioria dos estudantes (54,8%) estão classificados como “muito bom”, 22,9% como “excelente” e 20,5 % como “bom” (Tabela 5).

TABELA 4 – Dados sobre a *classificação do estilo de vida fantástico*. Fortaleza, Ceará, 2015.

| | N | % |
|------------------|------------|-------------|
| REGULAR | 5 | 1,7 |
| BOM | 60 | 20,5 |
| MUITO BOM | 160 | 54,8 |
| EXCELENTE | 67 | 22,9 |
| TOTAL | 292 | 100 |

DISCUSSÃO

O questionário de Estilo de Vida Fantástico tem sido utilizado em diversos países com o objetivo de mensurar os principais indicadores que caracterizam o estilo de vida adequado para a saúde (AÑEZ et al., 2008). Tem sido utilizado tanto em indivíduos saudáveis como em pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.

As dimensões atividade física, nutrição, cigarro e álcool do questionário compreendem a listagem de fatores de risco cardiovasculares modificáveis (POLANCZYK, 2005).

Neste estudo, encontrou-se um número considerável de indivíduos sedentários, ou seja, não atendem à recomendação mínima da OMS para a prática de exercícios físicos. A literatura demonstra que há ligação direta entre a dose de atividade

física e o risco cardiovascular, tendo impacto direto nos índices de morbidade e mortalidade (CARNETHON, 2009).

A atividade física previne e ajuda a tratar vários fatores de risco de doenças ateroscleróticas, incluindo hipertensão arterial, resistência à insulina e intolerância à glicose, concentração aumentada de triglicérides, níveis baixos de colesterol da lipoproteína de alta intensidade e obesidade (THOMPSON, 2003). A realização de atividade física está diretamente relacionada com o estilo de vida do indivíduo e a busca por um planejamento adequado de atividade física constante se faz necessária.

Na busca do entendimento da frequência dos fatores de risco cardiovasculares, várias populações têm sido investigadas.

Em estudo com 9211 adultos, de ambos os sexos e com idade entre 30 e 69 anos, a partir de dados de um inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis em 2002/2003, realizado pelo Ministério da Saúde, houve uma prevalência em dois fatores de risco modificáveis, dieta e atividade física (PEREIRA, 2009).

Quando os estudantes foram entrevistados sobre a nutrição, viu-se que cerca de um terço deles não apresenta uma dieta balanceada, e a maioria tem em sua alimentação itens que favorecem o ganho de peso (açúcar, sal, gorduras), além de relatarem estar acima do peso. Estes fatores demonstram a predisposição para o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade ao longo dos anos.

Em estudo realizado com 2179 indivíduos saudáveis, foi observada considerável prevalência da obesidade pelo ín-

dice de massa corporal até os 50 anos ou mais, reforçando a ideia de que a incorporação de uma dieta saudável poderá refletir em um peso satisfatório para faixa etária (GHARA-KHANLOU, 2012).

As modificações no estilo de vida quanto aos hábitos alimentares podem ser acentuadas com o ingresso na universidade, devido à mudança do meio sociocultural e ambiental.

O uso do tabaco aumenta também o risco de doença cardiovascular. Este risco é especialmente alto se o indivíduo inicia o hábito na juventude. A escolha por parar de fumar pode reduzir o risco de doença cardiovascular, independentemente de quanto tempo o indivíduo usou o tabaco (SILVA et al., 2008).

Em estudo realizado sobre indicadores de qualidade para a prevenção de doenças cardiovasculares, um foi o uso de tabaco. Nesse estudo de uma amostra de 210 participantes, 163 participantes não fumavam ou eram ex-fumantes e somente 39 eram fumantes (HOPKINS, 2010).

Uma pesquisa realizada em uma multinacional com sede no Brasil revelou que dos 970 funcionários avaliados, apenas 12,4% faziam uso de tabaco (MATOS, 2004). Este comportamento é reflexo de mudanças, pois a população tem sido constantemente informada sobre os malefícios do uso do tabaco e provavelmente essas informações estão favorecendo a diminuição do uso dessa substância.

Outra pesquisa longitudinal de 20 anos, em uma companhia de força e luz de São Paulo, demonstrou uma modificação do hábito de fumar que reduziu significativamente

($p < 0,01$), revelando uma diminuição de 54% para 30% (CIORLIA, 2005), o que corrobora com os dados desta pesquisa, na qual se encontrou baixo índice de fumantes.

O uso de álcool pelos universitários tem sido pesquisado por diversos autores na tentativa de levantar motivos que os levam à ingestão abusiva dessa droga lícita. Em uma pesquisa realizada com acadêmicos de medicina na Arábia Saudita, os pesquisadores perceberam que o álcool é a droga mais comum e mais utilizada na comunidade. Acreditam ainda que a influência de amigos é um fator importante que predispõe o abuso de álcool e outras substâncias ilícitas. Cerca de 70% dos participantes desta pesquisa não têm intenção de usar álcool ou outras substâncias ilícitas (AL-HAQWI, 2010).

Em outra pesquisa realizada com universitários de Minas Gerais, o álcool foi a substância mais utilizada mesmo que em doses mínimas. 46,9% consumiram ocasionalmente álcool nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa e 37,7% consumiram álcool pelo menos 1 vez na semana (PETROIANU, 2010).

Observou-se pouco consumo de álcool entre os estudantes, grande parte tem uma ingestão média de álcool por semana de 0 a 7 doses e nunca beberam mais de 4 doses em uma ocasião. Provavelmente, isso se deva ao curso a que os estudantes pertencem, tendo em vista a propagação de hábitos saudáveis e a prática de atividade física.

Os resultados do questionário Fantástico referentes ao estilo de vida encontrados neste estudo apontam que houve uma significativa conceituação de categorias de saúde consideradas como “excelente”, “muito bom” e “bom”.

Os dados deste estudo corroboram com os encontrados em pesquisa feita com 266 universitários em uma instituição de ensino superior de São Paulo (“muito bom” (41%) e “bom” (51,2 %)) (LEITE *et al.*, 2011). Neste estudo foi encontrado somente um acadêmico na categoria “necessita melhorar”, e este resultado difere de outros estudos que demonstram 5,1% em estudantes brasileiros e 23% em estudantes canadenses na categoria “necessita melhorar” (SILVA *et al.*, 2011).

CONCLUSÃO

Os alunos de um curso de fisioterapia de uma instituição privada de ensino superior são em sua maioria mulheres, jovens, solteiros e apresentam hábitos saudáveis. No entanto, a prática de atividades físicas e alimentação requerem maior atenção, por se tratarem de hábitos que poderão postergar o surgimento de doenças crônicas. E em se tratando de futuros profissionais de saúde, faz-se ainda mais necessário a busca por um segmento em prevenção e promoção de saúde pessoal para o cuidado com a população que busca sua intervenção.

REFERÊNCIAS

- AL-HAQWI, Ali I. Perception among medical students in Riyadh, Saudi Arabia, **regarding alcohol and substance abuse in the community**: a cross-sectional survey. Substance abuse treatment, prevention, and policy. 2010;5(2):1-6.
- AÑEZ, C. R. R; REIS, R. S; PETROSKI, E. L. **Versão Brasileira do Questionário “Estilo de Vida Fantástico”**: Tradução e Validação para Adultos Jovens. Arq Bras Cardiol., v. 91, n. 2, p. 102-9, 2008.

BRANDÃO, A. A. et al. **Prevenção de doença cardiovascular: aterosclerose se inicia na infância?** Rev. SOCERJ., Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 37-44, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CARNETHON, Mercedes R. **Physical activity and cardiovascular disease: howmuchisenough?** *America Journal of life style medicine* 2009; 3(1): 44-49.

CSEF - Sociedade Canadense de Fisiologia do Exercício. **O canadense de Avaliação Atividade Fitness, Estilo de Vida e Física: guia CSEP para viver saudável ativo.** 2 ed. Ottawa: CSEF, 2003.

CIORLIA, Luiz A. S.; GODOY, Moacir F. **Fatores de risco cardiovascular e mortalidade. Seguimento em longo prazo(até 20 anos) em programa preventivo realizado pela medicina ocupacional.** *ArqBrasCardiol*, 2005; 85(1): 20-25.

GHARAKHANLOU, Reza et al. **Medidas antropométricas como preditoras de risco cardiovascular na população urbana do Irã.** *ArqBrasCardiol*. 2012; 98(2): 126-135.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

HOPKINS, Jessica. et al. **Quality indicators for the prevention of cardiovascular disease in primary care.** *CanFamPhysician*. 2010; 56: 255-262.

LEITE, Thatiane R. A.; SANTOS, Brigitte R. M. **Pressão arterial e estilo de vida de estudantes universitários.** *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2011; 9(27): 14-20.

OMS. Organização Mundial de Saúde. OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital.** Organização Mundial da Saúde (OMS), 2005.

PEREIRA, J. C. et al. **Perfil de risco cardiovascular e autoavalia-**

ção da saúde no Brasil: estudo de base populacional. Pan Am J Public Health 2009; 25(6): 491-498.

MATOS, M. F. D. et al. **Prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular em funcionários do Centro de pesquisa da Petrobrás.** ArqBrasCardiol. 2004; 82(1):1-4.

PETROIANU, A. **Prevalence of alcohol, tobacco and psychotropic drug use among medical students at the Universidade Federal de Minas Gerais.** Rev Assoc Med Bras 2010; 56(5): 568-571.

POLANCZYK, Carisi A. **Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2005; 84(3): 199-201.

SILVA A. O.; SOUSA C. M. M.; GASPAR M. F. M.; GASPAR M. F. M.; PAREDES M. A. S.; TURA L. F. R.; JESUÍNO J. C. **Tabaco e saúde no olhar de estudantes universitários.** Rev Bras Enferm, Brasília 2008; 61 (61(4):): 423-7.

SILVA, D. A. S.; QUADROS, Teresa Maria Bianchini de; GORDIA, Alex Pinheiro e PETROSKI, Edio Luiz. **Associação do sobrepeso com variáveis sócio-demográficas e estilo de vida em universitários.** Ciênc. Saúde coletiva [online]. 2011;16(11):4473-4479.

WILSON M.S.; CILISKA D. **Lifestyle avaliação: testar o instrumento fantástico.** Médico pode Fam. 1984, 30: 1863-6. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

THOMPSON, P. D.; et al. **Exercise and physical in the prevention and treatment of a the rosclerotic cardiovascular disease: a statement from the council on clinical cardiology and the council on nutrition, physical activity, and metabolism.** Circulation 2003; 107: 3109-3116.

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD EN JÓVENES

Beatriz Carrasquer, Adrián Ponz, María Victoria Álvarez

INTRODUCCIÓN

El interés de estudiar el concepto de salud y la evolución que sufre en los jóvenes, radica en valorar los contenidos educativos y metodologías didácticas más oportunas y funcionales, para ayudarles a acomodar y a aplicar los significados que se consideran mejores, desde un punto de vista científico y social, siempre desde una sociedad libre y democrática.

En nuestra salud intervienen muchas variables, incluyendo el concepto que tenemos de ella, así como nuestras relaciones con el medio. En este contexto, el conocimiento de los factores que condicionan el funcionamiento del medio, nos ayudará a construir nuestro concepto de salud, y como consecuencia, a poder decidir con libertad nuestras actitudes. El objetivo final de la educación para la salud implica conseguir una valoración global de estos acontecimientos, y lograr que nuestros comportamientos sean coherentes con nuestras actitudes.

El interés de averiguar las concepciones que los jóvenes tienen acerca de lo que es salud y los factores que creen influyen en ella, es fundamental como primer paso para intentar ampliar dicho concepto en ellos, y por lo tanto, también aumentar las opciones de salud.

Para ello se fundamenta, desde diversas teorías o planteamientos, las bases teóricas que se consideran más oportunas para abordar los objetivos propuestos, así como los antecedentes considerados más cercanos, para argumentar los resultados y conclusiones obtenidas.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS E HIPÓTESIS

Mucho se ha escrito acerca de la evolución del concepto de salud y también, pero en menor medida, de cuáles son las concepciones de las personas sobre ella. Gavidia y Talavera (2012), a la par que repasan la evolución del concepto desde las instituciones públicas y en opinión de expertos, también se centran en las dificultades para encontrar una explicación a la diversidad de planteamientos o visiones acerca de la salud. Argumentan que la palabra “puede ser usada en muy diferentes contextos”, que para ello “se parte de presupuestos básicos distintos”, y que también sirve para resumir “aspiraciones e ideales en torno al estado de vida que se desea alcanzar”. Partiendo del supuesto de que las personas tendemos a buscar a lo largo de nuestra vida aquello que pensamos que es lo mejor para nosotros, sin duda, pocas afirmarán que no quieren procurar su salud, por lo que tenderán a buscarla, pero lo harán en función de esa concepción que tengan de ella.

Una manera de avanzar en el concepto de salud es trabajar las concepciones superadas, revisando la evolución histórica del concepto, ya que, tal y como se reconoce en la actualidad, es imposible comprender y aprender ciencia sin estudiar su historia (Chamizo, 2007). La historia de la ciencia nos ayuda, en cierta medida, a acercarnos a descubrir

cómo las personas evolucionan en sus pensamientos científicos, y cómo, en la salud, influyen de forma considerable algunos de ellos. Los obstáculos epistemológicos que la comunidad científica ha tenido que superar a lo largo de los siglos, pueden repetirse, aunque no de forma mimética, pero sí aproximada, en cada uno de nosotros. Es decir, si analizamos la evolución histórica de un concepto estaremos muy cerca de averiguar cuáles van a ser los tropiezos de cada uno de nosotros en la evaluación de nuestro aprendizaje o construcción de los conceptos que lo regirán.

DEFINICIONES DEL CONCEPTO DE SALUD

Si se hace una clasificación de la definición del concepto de salud, y considerando un cierto paralelismo entre las concepciones de los ciudadanos y las teorías que en determinados momentos históricos tuvo la comunidad científica (Saltiel y Viennot, 1985; Campanario y Otero, 2000; Solves, 2009), será oportuno tener presente como referencia estas concepciones históricas de salud, para estudiar cuáles son las ideas de los/las jóvenes con respecto a dicho concepto. Para ello se necesita una clasificación que organice los diferentes modelos, en función del momento de la evolución del planteamiento de salud de las personas.

Gavidia y Talavera (2012) proponen una taxonomía basada en la evolución histórica del concepto y en el paralelismo con la evolución de la conceptualización de la enfermedad, teniendo relevancia los diferentes contextos sociales donde se utiliza el concepto y los ideales de quien lo define.

- A.- Como oposición a la enfermedad física (Tautológica).
- B.- Como ideal de bienestar (OMS, 1946).
- C.- Como equilibrio con el entorno (Dubos, 1967).
- D.- Como estilo de vida (Congrés de Metges i Biòlegs, 1978).
- E.- Como desarrollo personal y social (OMS, 1985).

Esquema 1: Concepciones de salud (Gavidia y Talavera, 2012; Talavera y Gavidia, 2013).

En la clasificación anterior se pone de manifiesto que, en la definición actual del concepto de salud, es preciso considerar el contexto social y cultural, que influye en gran medida en el concepto estudiado, así como el medio entendido a la manera de Bernard y posteriormente de Dubos. Citando a Bernard (1865, 106-109):

“En los vegetales, los acontecimientos vitales están vinculados a las condiciones de calor, la humedad y la luz ambiental. “. . . [..] “En la experimentación con cuerpos inertes, hay que considerar un solo medio, el medio cósmico exterior; mientras que, en los seres vivos superiores, hay al menos dos medios a considerar, el medio externo o medio extra-orgánico, y interno o intra-orgánico.”

Rene Jules Dubos retoma este planteamiento redefiniendo y ampliando el concepto de *milieu externe* o *external environment*, como todo aquello externo al cuerpo del individuo o al grupo social (Commers, Gottlieb y Kok, 2006), asumiendo la importancia de adaptarse al medio exterior para vivir en las mejores condiciones, idea que incluye en su conceptualización de salud (Dubos, 1996).

LA EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD EN LAS PERSONAS

En el aprendizaje significativo la nueva información interacciona con una estructura de conocimiento definida por determinados autores, tales como Moreira (2000, 11), como “un concepto, una idea una proposición ya existente en la estructura cognitiva capaz de servir de anclaje para la nueva información de modo que ésta adquiera, de esta manera, significado para el individuo”. Los conceptos e ideas “previas” que integran esta estructura son, siguiendo a Ausubel, “Construcciones individuales, representaciones mentales del mundo, que permiten entender el entorno y actuar de manera acordes con ellas” (Bello, 2004), por lo que implican la formación de un esquema de pensamiento diferente al esquema conceptual científico. En este sentido Moreira (2000, 11) afirma que:

“las nuevas ideas, conceptos, proposiciones pueden ser aprendidos significativamente en la medida en que otras ideas, conceptos, proposiciones, relevantes e inclusivos, estén adecuadamente claros y disponibles en la estructura cognitiva del individuo y funcionen de esta forma, como punto de anclaje de los primeros.”

Este autor defiende que la presencia de ideas, conceptos o proposiciones inclusivas, claras y disponibles en la mente del aprendiz es lo que dota de significado a ese nuevo contenido.

Los seres humanos construimos conocimientos y lo construimos sobre nuestras ideas previas, que pueden considerarse universales en el sentido de que son comunes entre las

personas de diferentes lugares (Caamaño y Hueto, 1992, 61; Bello, 2004). Pero las ideas previas que cada uno posee son diferentes de la de los demás y, en consecuencia, el conocimiento que construimos también lo es. Debe tenerse en cuenta la afirmación expuesta por diversos autores de que las ideas previas no hay que considerarlas como elementos aislados, sino que forman parte de redes conceptuales que incluyen ideas relacionadas y que posiblemente se coadyuvan entre ellas, siendo su utilización y significación fruto del contexto social y determinados aspectos afectivos (Vosniadou, 1994; Bello, 2004). Es decir, no sería suficiente con detectar la idea previa de una persona respecto a un concepto, sino que sería preciso averiguar toda la red semántica que influye “en esa persona” en la conceptualización del significado manifestado y que no tiene por que coincidir con la de otra persona, en la que su entorno casi con toda probabilidad habrá sido diferente.

De acuerdo con Monroy (2005, 65) “un cambio importante en el estudio de los conceptos fue la idea de que estos no se encuentran aislados sino que están organizados en teorías”. Así, dicho autor define concepto como una “representación mental, estable, una colección de características, resultado de un proceso de extracción y compilación.” Y define teoría como un conjunto de relaciones interconectadas, mientras que los conceptos son las unidades conectadas por esas relaciones.

De acuerdo con Carey (citado por Monroy 2005, 66): “[...] la formulación Kuhniana del cambio en las teorías científicas tiene un sentido holístico ya que el significado de un concepto dentro de una teoría esta determinado por sus relaciones con todos los demás conceptos dentro de estas teorías. Bajo estas perspectivas cualquier cambio de teoría

involucra necesariamente un cambio conceptual; adicionalmente las teorías sucesivas son inconmensurables, no pueden diferir en los datos ni son falseables.”

De la misma manera, y según K. Taber, “hay que considerar que las personas, lejos de asimilar una nueva conceptualización, seguramente nos acomodamos a otras nuevas, conviviendo en las redes semánticas varias conceptualizaciones que la persona utiliza según el entorno en el que se encuentra” (García Franco, 2007, 77-80). Es decir, cada persona podría tener concepciones múltiples para aplicar en función del medio. Esta situación es todavía más compleja cuanto mayor es la subjetividad que rodea al significado del concepto. En el caso del concepto de salud se entremezclan conceptos científicos, pero también afectivos y sociales, y tampoco los conocimientos científicos implicados pueden definirse en todas las situaciones problemáticas con certeza absoluta, por la gran cantidad de variables intrínsecas y extrínsecas a la persona que intervienen. Por lo tanto, se debe asumir que los individuos a lo largo de su vida van alcanzando una red de significados para el concepto de salud, para aplicar en cada momento según el ambiente, el momento y las personas a las que implica.

La aplicación de unas significaciones u otras de la red, dependerá de la satisfacción o insatisfacción que nos produzca una u otra (Strike y Posner, 1985). Y esto dependerá de si comprendemos qué es mejor en ese momento determinado y nos satisface más. Es decir, cuando al sopesar la aplicación de un significado concreto en un entorno determinado, las ventajas que se presentan se encuentran por encima de los inconvenientes.

EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE DEL CONCEPTO DE SALUD

Cualquier cuestión educativa tiene la suficiente complejidad para tenerse que fragmentar, “desintetizar” (Johsua, 1986; Johsua y Dupin, 1993). La posterior “sintetización” de los aspectos parciales en una “teoría” (modelo) global, que queremos que progresivamente se construya, ya será individual, atendiendo al aprovechamiento del proceso, a lo acertado de la nueva construcción didáctica que se presenta al alumnado y seguramente también a la metodología utilizada. Además, los alumnos llegan a las escuelas con una carga de ideas previas sobre las que se construye el nuevo conocimiento. Los maestros deben diagnosticarlas para, en caso de que dichas ideas no sean correctas, revisarlas, complementarlas y modificarlas a través del aprendizaje significativo. Estas ideas previas parten de la experiencia, de nuestras percepciones, etc. en las que influye en gran medida el contexto social, y el entorno.

Sigerist (1943, 116) propuso que:

“[...] La escuela proporciona la oportunidad ideal para tener a los niños bajo control médico permanente y remediar a tiempo los defectos producidos por la herencia o el medio. La salud debe ser un tema de instrucción en todos los grados desde la escuela elemental hasta la universidad y hay que prestar atención especial a los adolescentes en las escuelas secundarias en un periodo en que los impulsos antisociales comienzan a manifestarse. Este es el momento en que la higiene mental adquiere particular importancia. Los maestros deben ser bien instruidos en materia de salud. [...]”.

Este autor ya introdujo, como puede comprobarse en la definición, aspectos sociales y hábitos (equilibrio con el entorno, y estilo de vida) en la concepción de salud. Y consideraba el entorno educativo y el ejemplo de los maestros como guía fundamental en la concepción del concepto de salud en sus alumnos. No obstante, teniendo en consideración trabajos anteriores (Talavera y Gavidia, 2013), se pone de manifiesto que la idea de salud de profesionales, docentes y sanitarios se sitúa de forma mayoritaria en el nivel B de la clasificación mostrada en el apartado anterior, utilizando conceptos de bienestar y de salud corporal en porcentajes elevados (70 %), sin alcanzar la idea de salud desde el punto de vista de capacidades. Se entiende que, si estas conceptualizaciones son las que se encuentran en los docentes, debería haber una respuesta casi mimética por parte de los jóvenes estudiantes. Por lo que la evolución del concepto de salud en los maestros es el primer paso, fundamental, para la evolución del concepto de salud en su alumnado.

APLICACIÓN AL CONCEPTO DE SALUD

MÉTODO

Para averiguar cuáles son los factores que los jóvenes consideran que tiene que ver con la salud, se elaboró un cuestionario escrito en el que una de las preguntas planteadas era acerca de su concepto de Salud. Este cuestionario se pasó a 142 jóvenes entre 11 y 17 años.

Esta actuación se realizó el marco del Proyecto EDU2013-46664-P del Ministerio de Economía y Compe-

titividad del Gobierno de España titulado *Análisis, Diseño y Evaluación de Recursos Educativos para el desarrollo de Competencias en Salud*, dirigido por el profesor Valentín Gavidia Catalán y cómo requisito previo para la elaboración de materiales que puedan aplicarse para la mejora de la salud de los ciudadanos.

PRESENTACIÓN DEL CASO DE ESTUDIO

La población de estudio a la que se pasó el cuestionario fueron 142 jóvenes, de Teruel (España), 85 jóvenes Turolenses de 11-13 años (58 del Instituto de Enseñanza Secundaria Francés de Aranda, y 27 del colegio de Alcañiz San Valero, escolapios) y 57 jóvenes de 15-17 años (del Instituto de Enseñanza Secundaria Francés de Aranda).

A todos ellos se les realizó una pregunta acerca de cuál era su idea de salud. La información se recogió mediante pregunta escrita en papel a la que contestaron manualmente.

Tabla 1. Total de jóvenes encuestados

| | 11-13 | 15-17 | Total |
|-----------|-------|-------|-------|
| Femenino | 38 | 29 | 67 |
| Masculino | 47 | 28 | 75 |
| Total | 85 | 57 | 142 |

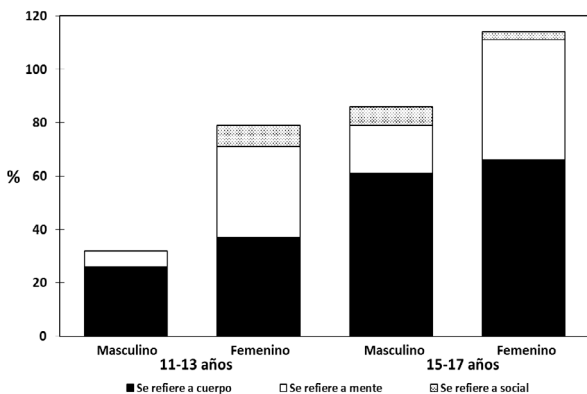
RESULTADOS

Los datos obtenidos acerca del concepto de salud de manera global son los esperados y de manera generalizada tanto en hombres como mujeres se sitúan en los dos prime-

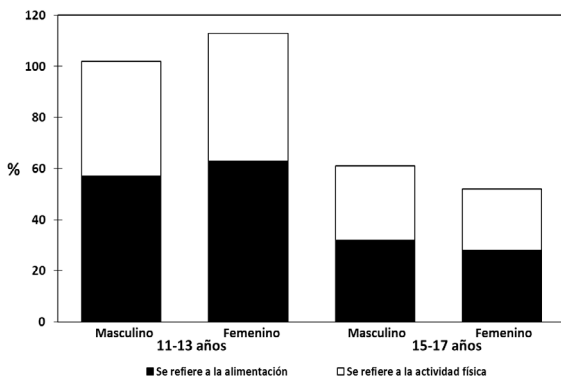
ros modelos (esquema 1, A y B), situándose en una concepción que se podría llamar preambiental. También hay que matizar algunos aspectos que llaman la atención.

Ninguno de los/las encuestado/as introduce en la definición indicios que hagan pensar en aspectos ambientales y solamente un 4 % se refiere a aspectos sociales, predominando casi en exclusiva los aspectos físicos (60%) y psicológicos (19%). En este último caso, además, con cierta confusión entre enfermedades psicológicas debidas a componentes ambientales o sociales y enfermedades por ejemplo genéticas que diferencian el comportamiento de lo que consideran como norma.

Gráfica 1: Porcentaje acumulado de encuestados/as que utilizan en su definición de salud, referencias al cuerpo, a la mente y a aspectos sociales.



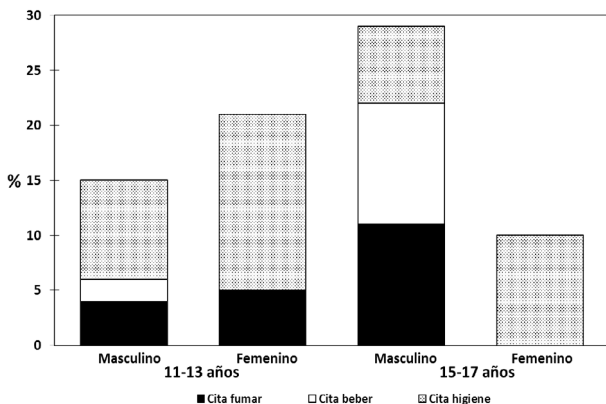
Gráfica 2: Porcentaje acumulado de encuestados/as que utilizan en su definición de salud, referencias a la alimentación o a la actividad física.



Cuando se analiza la Gráfica 1 en la que los datos aparecen separados por edades y sexos se aprecia que en todos los casos existe un predominio de asociar la salud al cuerpo. El aspecto social aumenta con la edad y siempre es mayor entre el sexo femenino. A edades más jóvenes el aspecto social aparece sólo en las mujeres, si bien en los hombres aparece también con la edad.

Es de mencionar que los aspectos de la salud relacionados con la alimentación y la educación física aparecen de forma casi exclusiva y en porcentajes altos. Sin embargo, es interesante su disminución cuando se hacen mayores tanto en las mujeres como en los hombres.

Gráfica 3: Porcentaje acumulado de encuestados/as que utilizan en su definición de salud, referencias al tabaco, a las bebidas alcohólicas y a la higiene.



De la gráfica 3 destacan especialmente las diferencias entre sexos y edades en los encuestados que consideran el tabaco, las bebidas alcohólicas y la higiene como aspectos relacionados con la salud.

DISCUSIÓN

En el concepto de salud participan abundantes influencias científicas. Con respecto a las ideas aportadas en este estudio y los resultados obtenidos, a pesar de que en lo que concierne a los aspectos concretos, éstos dependerán en mayor medida del entorno social y económico de la población de estudio, teniendo en cuenta el enfoque general se obtienen interesantes conclusiones a partir del estudio.

Parece ponerse de manifiesto una importante reticencia a asumir al medio (entendido a la manera de Bernard y Dubos) como un factor relevante para la salud (estadio C). Ello confirma la idea aportada en determinados trabajos, tales como los de Talavera y Gavidia, ya citados con anterioridad. En gran medida, la concepción mayoritaria de salud de profesionales (incluyendo maestros) no incluye el equilibrio con el entorno o el estilo de vida. Por lo que los jóvenes, quienes basan en gran medida sus conceptos en lo que aprenden de los adultos que les rodean, que ejercen gran influencia en ellos, tampoco lo incluyen en su propia definición.

El aspecto social a edades tempranas sólo lo consideran las encuestadas de sexo femenino, quizá porque vinculan ya su propio bienestar, y las consecuencias en su organismo derivadas de las emociones, y su estado de ánimo, con el estado en que se encuentran sus relaciones afectivas con su familia y amigos. Interiorizan ya desde edades más tempranas las relaciones afectivas positivas con el buen manejo de emociones, sentimientos pensamientos y su bienestar.

Mientras que los chicos más jóvenes no citan la bebida, es importante el porcentaje de los mayores que sí lo citan. Sin embargo, esta preocupación es nula entre las chicas de ambas edades, y el tabaco tampoco es nombrado por las mayores. Si consideramos que los encuestados asocian el beber alcohol como un problema, podría pensarse que, cuando no lo tienen en cuenta en su concepto de salud, es porque, o bien alcohol, o bien tabaco, no se encuentra entre sus consumos, siendo la higiene corporal el único aspecto que consideran. Diversos estudios de consumo de alcohol y drogas, tanto a nivel autonómico en España (Gómez y Ezquerro,

2012; Alcedo et al., 2014) como en otros países en concreto de América Latina (Cabrerizo et al., 2014), entre jóvenes en la franja de edad de la población de estudio evaluada, confirman que, a partir de los 13 años, y en especial a partir de los 15, es la edad predominante a la que los jóvenes comienzan a consumir alcohol y tabaco, ratificando la anterior hipótesis. Se confirma su consumo como un hecho social, que suele realizarse acompañados de su grupo de amigos/as, y no tiene por qué darse en lugares específicos, como los bares. La gran mayoría de los jóvenes afirman que sí que se sienten informados sobre los problemas que conlleva el consumo irresponsable de alcohol y tabaco. Sin embargo, un importante porcentaje no le da importancia por ejemplo al hecho de emborracharse, razón por la que quizá algunos jóvenes puedan excluir su consumo de su esquema del concepto de salud. Especialmente, tal y como se ha visto, y de acuerdo con estudios ya citados, cuando incluso muchos adultos (que de seguro son influencia en dichos jóvenes) no tienen interiorizado en su propio concepto de salud los hábitos, conductas y estilos de vida.

CONCLUSIONES

Las estructuras conceptuales que posee una persona en un momento dado dependen de los conocimientos que ha adquirido en el pasado, pudiendo actuar como facilitadoras u obstaculizadoras en el aprendizaje. Si no hay una estructura previa para incorporarlo correctamente, el nuevo conocimiento puede ser deformado. Así, se parte de la idea de que los jóvenes, al igual que una gran mayoría de los adultos

(incluido, como se ha visto, en gran medida, el profesorado) oponen la salud a la enfermedad. Pero, así como el concepto de salud ha evolucionado, incorporando aspectos ambientalistas como son la correcta alimentación, la actividad física y también un número variable de factores como son el bienestar, la felicidad, la armonía con el medio, etc., a su vez estos últimos son difícilmente cuantificables, objetivables, por lo que en cierta medida se incorporan a los discursos, pero sin haberse interiorizado como funcionales. Asimismo, en el supuesto de que el concepto de salud hubiese evolucionado socialmente en este sentido, no lo habría hecho el de enfermedad, que permanecería en el primer modelo, el de enfermedad física.

Se considera que es fundamental el concepto que cada persona tiene construido de salud, consciente o inconsciente, dado que, a partir de él, se condicionará el comportamiento. El saber no garantiza que el comportamiento, que la tendencia a actuar vaya en la misma dirección. Es decir, que el saber sea coherente con dicho comportamiento. No obstante, no cabe duda de que el saber es fundamental para influir en el comportamiento; se ha de saber para poder elegir cómo nos comportamos, cómo actuamos. En este contexto, la influencia de los maestros es fundamental en el alumnado. Creemos que no se puede abordar el proceso de enseñanza-aprendizaje a cualquier edad, en cualquier nivel educativo, de cualquier contenido, de forma global, por lo que debe ser “desintetizado” para una posterior “sintetización” de los aspectos parciales en una “teoría”. En este sentido, el conocimiento previo (adquirido por el alumnado en el transcurso de sus experiencias previas) debe ser considerado por el pro-

profesorado durante el proceso de enseñanza, para facilitar el aprendizaje de nuevos conceptos de forma significativa. Los conceptos, concepciones, representaciones y conocimientos adquiridos, determinarán en gran medida en parte qué información seleccionará, cómo la organizará y qué tipos de relaciones establecerá entre ellas. El aprendizaje de la ciencia constituiría, entonces, un cambio de las estructuras conceptuales de los alumnos y las sustituyen por otras más acordes con las ideas científicas. Por ello es importante identificar las ideas para dar oportunidades al alumnado de manifestar y clarificar sus ideas previas, de que se sientan insatisfechos con las ideas previas, de que el profesorado cuestione las ideas previas de los alumnos, y de que puedan usar nuevas ideas adquiridas. Sin embargo, si se tiene presente que parece existir una relación entre la idea de salud del profesorado y la del alumnado, habría que retomar los consejos de Sigerist ya expuestos con anterioridad. Los maestros deben introducir en su propio concepto de salud (como primer paso para modificar el que sus alumnos tienen) de los aspectos sociales, de conducta, y del medio. Y ser un ejemplo, prestando especial atención en la adolescencia, a las conductas anti-saludables a las que pueden verse arrastrados sus alumnos que, que tienen su origen en la mayor parte de los casos en las influencias sociales.

Pero no sólo el entorno educativo rodea a los jóvenes. Los medios de comunicación ejercen también una gran influencia en sus concepciones mentales. Como ejemplo, en estudios recientes, se confirma la influencia en el concepto relacionado con la alimentación debido a la publicidad (Díaz y Gómez, 2008, Álvarez, 2015). Hay que tener presente que

existen corrientes a favor aspectos relacionados con la educación para la salud, con importantes intereses económicos. Hemos de cuestionarnos aquellos aspectos o informaciones, muchas veces transmitidos, divulgados por medios de comunicación pseudocientíficos, que pueden agrandar nuestra sensibilidad a favor de la salud. Nos gusta pensar que estos medios nos aportan argumentos para apoyar nuestra manera del ver el mundo o de interpretar lo que nos rodea, pero en realidad pueden otros intereses que utilizan el denominado sentido común, del conocimiento ordinario, que en tantas ocasiones distorsiona, en el proceso de enseñanza-aprendizaje, las teorías defendidas por la comunidad científica con argumentos sólidos.

Es decir, consideramos que no se puede desligar la comprensión e interpretación de nuestras relaciones con el medio que nos rodea, de un profundo conocimiento de las teorías, procedimientos, y comportamientos, que la Ciencia pone a nuestra disposición y que debemos estar capacitados para utilizar, para disfrutar mucho más de lo que nos rodea, pero sin engaños o interpretaciones que podemos considerar perversas.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo forma parte del Proyecto CienciaTE2 (2015/B008) financiado por la Fundación Universitaria Antonio Gargallo y la Obra Social IberCaja; así como del proyecto PII-DUZ_15_165, de la Universidad de Zaragoza y del Proyecto EDU2013-46664-P del Ministerio de Economía y Competitividad. El Grupo Beagle de Investigación Aplicada está financiado por el Gobierno de Aragón y el Fondo Social Europeo.

REFERENCIAS

- ALCEDO, M. A.; DEMA. S.; FONTANIL, Y.; SOLÍS, P. (2014) **Estudio sobre el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes del Concejo de Oviedo**. Concejalía de juventud del Ayuntamiento de Oviedo. Plan nacional sobre drogas.
- Alvarez, M.V. (2015) *La alimentación en los medios de comunicación escritos*. Tesis doctoral, Universidad de Zaragoza.
- ALVAREZ, M. V. **La alimentación en los medios de comunicación escritos (tesis doctoral)**. Departamento de Didáctica de las Ciencias Experimentales, Universidad de Zaragoza. 2015.
- BELLO, S. Ideas previas y cambio conceptual. **Educación Química**, 15(3), 210-2017. 2004.
- BERNARD, C. **Introduction a l'Étude de la Médecine Expérimentale**. Paris: Baillièrie et Fils. 1865.
- GARCÍA FRANCO, A. El desarrollo conceptual como competencia entre concepciones alternativas. Un estudio de caso. En Silvia Bello (Coor.), **Cambio conceptual ¿una o varias teorías? Reseñas del seminario sobre cambio conceptual**. México: Centro de Ciencias Aplicadas y Desarrollo Tecnológico. 2007.
- CAAMAÑO, A. HUETO, A. **Orientaciones teórico-prácticas para la elaboración de unidades didácticas**. Curso de actualización científica y didáctica, Ciencias de la Naturaleza. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. 1992.
- CABRERIZO, S.; VARELA, S. Y LUTZ, M. I. **Encuesta sobre abuso de alcohol y medicamentos en adolescentes de cuatro escuelas del conurbano bonaerense**. Arch. argent. pediatr. v.112, n. 6 Buenos Aires. 2014.
- CAMPANARIO, J. M. OTERO J. C. Más allá de las ideas previas como dificultades de aprendizaje: Las pautas de pensamiento, las concepciones epistemológicas y las estrategias metacognitivas de los alumnos de ciencias. **Enseñanza de las Ciencias**, 18(2), 155-169. 2000.

CHAMIZO J. A. Las aportaciones de Toulmin a la enseñanza de las ciencias. **Enseñanza de las ciencias**, 25, 133-146, 2007.

COMMERS, M. J., GOTTLIEB, N. KOK, G. How to change environmental conditions for health. **Health Promotion International**, 22(1), 80-87, 2006.

Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana [X] (1978). Vol. 3, Llibre d'actes pp.381-411. Celebrado en Perpiñán en 1976 por la Acadèmia de Ciènces Mèdiques de Catalunya i de Balears, 2^a Taula: La salut. Última consulta, 02-03-2016 en: <http://taller.iec.cat/cmibllc/fons/10/10.03.055.pdf>

DÍAZ, C. GÓMEZ, C., (Coord.) **Alimentación, consumo y salud**. Obra Social La Caixa. Última consulta, 03-03-2016 en: https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Estudios_sociales/vol24_es.pdf. 2008.

DUBOS, R. J. **Mirage of Health. Utopias, Progress, and Biological Change**. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press. 1996.

GAVIDIA, V. TALAVERA, M. La construcción del concepto de Salud. **Didáctica de las Ciencias experimentales y Sociales**, 26, 161-175, 2012.

GÓMEZ, C. EZQUERRO, E; **El botellón entre los jóvenes de la ciudad de Zaragoza. Análisis y propuestas alternativas**. Ayuntamiento de Zaragoza y Universidad de Zaragoza, 2012.

JOHSUA, S. La “Desintertización” de los modelos físicos: Una limitación y una posibilidad de elección. **Enseñanza de las Ciencias**, 4(2), 145-152, 1986.

JOHSUA, S; DUPIN, J. J. **Introduction à la didactique des sciences et des mathématiques**. Paris: PUF. 1993.

NASR, Z. M; LIBERTY, A. M; (2005). **Objeto y realidad en psicología**. México: UNAM, Facultad de Psicología..[Libro en

línea]. Disponible: <http://books.google.co.ve/books?id=ffLvazLi-N60C&pg=PA67&dq=el+cambio+conceptual&client=firefox-a#PPA67,M1> [consultado: 2009 Marzo 26]

MOREIRA, M. A. **Aprendizaje Significativo: teoría y práctica**. Ed. Visor. Madrid, 2000.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>. 1946.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. **Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud**. En <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf> (último acceso, julio 2015). 1986.

POZO MUNICIO, J. I. **Teorías cognitivas del aprendizaje**. Colección Psicología manuales. Madrid: Morata. . [Libro en línea]. Disponible <http://books.google.co.ve/books?id=DpuKJ-2NI3P8C&pg=PA243&dq=el+cambio+conceptual&client=firefox-a#PPA243,M1> [consultado: 2009 Marzo 26]. 1989.

SALTIEL, E. VIENNOT, L. ¿Qué aprendemos de las semejanzas entre las ideas históricas y el razonamiento espontáneo de los estudiantes? **Enseñanza de las Ciencias**, 3(2), 137-144, 1985.

SIGERIST, H.E. La medicina y el bienestar humano. **Buenos Aires: Ediciones Imán**, 1943.

SOLVES J. Dificultades de aprendizaje y cambio conceptual, procedimental y axiológico (I): Resumen del camino avanzado. **Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias**, 6(1), 2-20, 2009.

STRIKE, K; Y POSNER, G. A conceptual change view of learning and understanding. En L. H. T. West y A. L. Pines (Eds.), **Cognitive structure and conceptual change** (211-231). Orlando: Academic Press, 1985.

TALAVERA, M., GAVIDIA, V. Percepción de la educación para la salud en el personal docente y el sanitario. **Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales**. 27, 115-129, 2013.

Vosniadou, S. (1994). Capturing and modeling the process of conceptual change. **Learning and Instruction**, 4, 45-69.

INFLUÊNCIA DO MÉTODO PILATES NO DESEMPENHO DE ATIVIDADES E QUALIDADE DE VIDA DE SEDENTÁRIAS

Wivianne de Farias Holanda, Ismênia de Carvalho Brasileiro, Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro, Soraya da Silva Trajano, Talys Newton Fernandes de Matos, Pedro Oliveira Pinheiro, Maxmiria Holanda Batista

INTRODUÇÃO

Na atualidade, a humanidade tem vivenciado progressos tecnológicos e culturais significativos que ganharam espaços no cotidiano, de modo que o ser humano passou a gastar menos calorias por semanas em esforço físico, para conseguir realizar atividades diárias como: limpar casa, caminhar até o trabalho, dentre outras (SOUZA *et al.*,2009).

A inatividade física aumenta substancialmente a incidência relativa de doença arterial coronariana (45%), infarto agudo do miocárdio (60%), hipertensão arterial (30%), câncer de cólon (41%), câncer de mama (31%), diabetes do tipo II (50%) e osteoporose (59%) (KATZMARZYK; JANSSEN, 2004).

Um estilo de vida sedentário pode ser um dos fatores que interferem na qualidade de vida de pessoas, comprometendo seu bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, contribuindo para vários problemas de saúde, podendo vir a interferir nos relacionamentos sociais (GROENNINGA, 2009).

Acredita-se que uma das formas para se ter uma melhor qualidade de vida e uma forma de prevenção para diversas doenças, é a prática regular de atividade física realizada pelo menos durante 30 minutos, 3 (três) vezes por semana, no mínimo, associada a bons hábitos alimentares.

São muitas as mulheres que trabalham o dia todo e não conseguem um tempo para fazer uma caminhada ou outras atividades físicas. A correria do dia a dia, a falta de tempo para o lazer, a evolução tecnológica e a substituição dos exercícios por facilidades automatizadas contribuem para o desenvolvimento de uma população com pouca ou nenhuma atividade física, sendo isso o maior fator de risco para o aparecimento de doenças cardíacas principalmente em mulheres acima de 30 anos.

O sedentarismo é considerado um dos fatores de risco intimamente relacionados com o aparecimento de doenças, como a hipertensão, doenças respiratórias crônicas e distúrbios cardíacos. Pesquisas mostram que o risco de se ter uma doença cardiovascular aumenta nas pessoas que não têm uma vida ativa. Mais de 60% da população adulta não pratica exercício físico (GROENNINGA, 2009).

Dentre as diferentes ofertas de atividade física que se encontram hoje nas academias, clubes, escolas de dança, estúdios, enfim, em espaços onde existe a proposta de atividade física, independentemente da modalidade executada, o Método Pilates vem sendo muito utilizado e ganhando amplitude e maior divulgação nesses ambientes, sendo utilizado como um meio que auxilia na melhoria da qualidade de vida de seus praticantes.

Apesar de vários estudos mostrando a repercussão positiva da prática regular de exercícios físicos na qualidade de vida de pessoas, estudos científicos encontrados sobre o tema não relacionam se existe alguma interferência do Método Pilates em relação às atividades cotidianas e qualidade de vida de mulheres sedentárias.

Este estudo foi idealizado e planejado por se acreditar nos benefícios em relação às atividades físicas que a prática do Método Pilates pode proporcionar para a população em estudo. Diante disso, a presente pesquisa foi desenvolvida, avaliando como pessoas, antes sedentárias, encontram-se em relação a sua qualidade de vida, depois de iniciarem a prática com o Método Pilates. Para tanto, questiona-se: o treinamento com o Método interfere na melhoria do desempenho de atividades físicas e qualidade de vida de sedentárias?

Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar se o método Pilates interfere na melhoria no nível de desempenho das atividades físicas e de qualidade de vida de sedentárias saudáveis.

Desta forma, a realização desta pesquisa permitiu a obtenção de informações importantes para os profissionais da área e para a população estudada, proporcionando fundamentação científica para embasar práticas de abordagem e intervenção em todos os níveis de atenção à saúde e na qualidade de vida de sedentárias.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de campo do tipo intervencionista, desenvolvido nas dependências da Escola de Ensino

Médio Professor Pedro Jaime, Mombaça-CE, e ainda sob aprovação do Comitê de Ética do Centro Universitário Estácio do Ceará, protocolo nº 44475115.5.0000.5038. Foram respeitadas as normas da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

A população do estudo foi composta por 14 voluntárias. Os critérios de inclusão foram: ter disponibilidade em participar do estudo durante as sessões de Pilates, ofertadas duas vezes por semana, totalizando dez aulas; não estar fazendo parte de outro programa de exercício ou condicionamento físico. Foram excluídas três participantes devido à não disponibilidade nos horários propostos para a prática.

O registro dos dados foi feito em três etapas: avaliação, intervenção e reavaliação. As etapas de avaliação e reavaliação consistiram em avaliação geral do Pilates e o nível de qualidade de vida foi determinado pela utilização e aplicação do Questionário de Qualidade de Vida (SF- 36), que é um questionário genérico de avaliação de saúde, composto por 36 itens englobados em oito escalas, nas quais se investigam aspectos distintos: 1. Capacidade funcional (dez itens); 2. Aspectos físicos (dois itens); 3. Aspectos emocionais (três itens); 4. Dor (dois itens); 5. Estado Geral de Saúde (cinco itens); 6. Vitalidade (quatro itens); 7. Aspectos sociais (dois itens); 8. Saúde mental (cinco itens).

Para a avaliação do nível de atividade física, utilizou-se o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ – 8.0), em sua versão curta. O IPAQ é um instrumento utilizado para estimar o nível de prática habitual de atividade

física através de informações quanto à frequência e à duração de caminhadas e atividades cotidianas que exigem esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa, tendo como referência uma semana típica ou a última semana do indivíduo (GUEDES; LOPES; GUEDES, 2005).

Os indivíduos foram classificados em quatro categorias: sedentário, insuficientemente ativo A e B, ativo ou muito ativo. E a intervenção teve duração de cinco semanas, com frequência de duas sessões semanais e duração de 60 minutos cada. A sessão de Pilates foi dividida em quatro etapas: alongamento global inicial (dez minutos), fase de condicionamento geral (40 minutos), alongamento localizado e relaxamento (dez minutos).

Os resultados coletados foram tabulados, analisados e apresentados sob a forma de gráficos, tabelas, sendo a estatística descritiva e inferencial realizada por intermédio da ferramenta estatística do “Microsoft Excel 2007”.

RESULTADOS

Um total de 11 voluntárias participou do estudo, com idade média de grupo de 46,6 anos. Predominaram voluntárias casadas, com nível superior completo de escolaridade (45%), das quais de 63,6% são professoras. O quadro 1 apresenta a descrição quanto aos dados sociodemográficos da amostra.

Quadro 1 – Distribuição de dados sociais e demográficos das participantes. Mombaça, CE, 2015.

| Características | | | |
|-------------------|-----------------------------------|-------------------------|--------------------|
| Sexo | Feminino 11 (100%) | | |
| Idade Média(anos) | (46,6) | | |
| Ocupação | Professora 7 (63,6%) | Secretária 4 (36,4%) | |
| Estado Civil | Casado 7 (63,6%) | Solteiro 3 (27,27%) | Outros 1 (9,2%) |
| Escolaridade | 2° GRAU COMPLETO 3 (27,27%) | SC 5 (45,45%) | PG 3(27,27%) |

SC = Superior Completo; PG = Pós-Graduada

Fonte: própria.

De posse dos dados fornecidos pelo IPAQ, para que se pudesse obter o real nível de atividade física entre as participantes, foi calculado o tempo despendido por cada uma em atividades físicas (AF), de diferentes intensidades de esforço: alta (AF vigorosa), moderada (AF moderada), leve (AF leve), a somatória do tempo despendido nas três intensidades (AF total) e as atividades relacionadas aos comportamentos sedentários (repouso).

Todos os valores em minutos/dia (min/dia), representados no quadro 1, expressam resultados obtidos quanto à duração, em minutos, e frequência semanal, em dias, prática de atividades físicas realizadas pelos entrevistados antes da intervenção com o MP, demonstrando que 5 (45,5%) das participantes se encontravam sedentárias.

Pode-se constatar, ainda, no quadro 2, que na população analisada, no total de 11 participantes, 4 (36,3%) fo-

ram classificadas como **Irregularmente Ativa A**; 2 (18,2%) classificadas como **Irregularmente Ativa B**, antes da intervenção com o MP, sendo a classificação feita seguindo os critérios abaixo:

Irregularmente Ativo: aquele que realiza atividade física, porém insuficiente para ser classificado como ativo, pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação, somam-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + atividade moderada + atividade vigorosa). Este grupo foi dividido em dois subgrupos de acordo com o cumprimento ou não de alguns dos critérios de recomendação:

- **Irregularmente Ativo A:** aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência ou quanto à duração da atividade:
 - **a.** Frequência: 5 dias na semana; **ou**
 - **b.** Duração: 150 minutos na semana.
- **Irregularmente Ativo B:** aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.
- **Sedentário:** aquele que não realizou atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

Quadro 2. Classificação do nível de atividade física das participantes antes da intervenção. *Mombaça, CE, 2015.*

| Indivíduos | Caminhada | | Moderada | | Vigorosa | | Classificação |
|------------|-----------|---------|----------|---------|----------|---------|-----------------------|
| | F (dias) | D (min) | F (dias) | D (min) | F (dias) | D (min) | |
| 1 | 5 | 15 | - | - | - | - | IRREGULAMENTE ATIVO B |
| 2 | - | - | - | - | - | - | SEDENTÁRIA |
| 3 | - | - | - | - | - | - | SEDENTÁRIA |
| 4 | - | - | 2 | 30 | - | - | IRREGULAMENTE ATIVO B |
| 5 | 5 | 30 | 5 | 20 | - | - | IRREGULAMENTE ATIVO A |
| 6 | 5 | 60 | 2 | 30 | - | - | IRREGULAMENTE ATIVO A |
| 7 | 4 | 10 | - | - | - | - | SEDENTÁRIA |
| 8 | 4 | 10 | - | - | - | - | SEDENTÁRIA |
| 9 | - | - | - | - | - | - | SEDENTÁRIA |
| 10 | 5 | 10 | 2 | 60 | 1 | 30 | IRREGULAMENTE ATIVO A |
| 11 | 5 | 20 | 1 | 40 | - | - | IRREGULAMENTE ATIVO A |

F = Frequência – D = Duração

Fonte: própria.

No quadro 3, percebe-se que houve diferença significativa em relação ao nível de atividade física de cada participante, sendo que o indivíduo foi comparado pelo seu próprio escore, ocorrendo a seguinte alteração após o treinamento de cinco semanas com o MP. Cinco voluntárias com índice de sedentarismo evoluíram para o nível de atividade física ativo, duas que se encontravam irregularmente ativas B passaram a ser ativas, assim como as quatro que estavam irregularmente ativas A.

Quadro 3. Classificação do nível de atividade física entre as entrevistadas após a intervenção. Mombaça, CE, 2015.

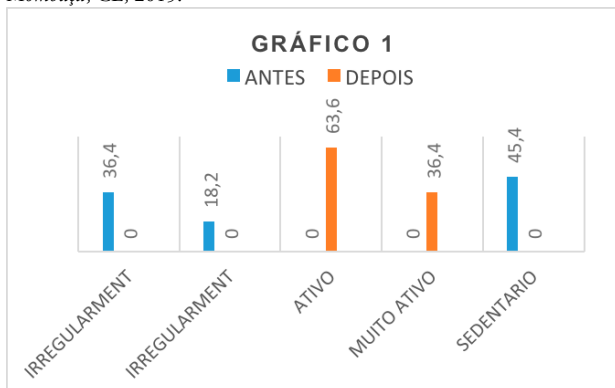
| Indivíduos | Caminhada | | Moderada | | Vigorosa | | Classificação |
|------------|-----------|---------|----------|---------|----------|---------|---------------|
| | F (dias) | D (min) | F (dias) | D (min) | F (dias) | D (min) | |
| 1 | 5 | 15 | 2 | 60 | 3 | 60 | ATIVO |
| 2 | 5 | 10 | 2 | 60 | 3 | 60 | ATIVO |
| 3 | 5 | 10 | 2 | 60 | 3 | 60 | ATIVO |
| 4 | 5 | 10 | 2 | 60 | 3 | 60 | ATIVO |
| 5 | 5 | 30 | 2 | 60 | 3 | 60 | MUITO ATIVO |
| 6 | 6 | 60 | 6 | 60 | 3 | 60 | MUITO ATIVO |
| 7 | 5 | 15 | 2 | 60 | 3 | 60 | ATIVO |
| 8 | 5 | 10 | 2 | 60 | 3 | 60 | ATIVO |
| 9 | 5 | 10 | 2 | 60 | 3 | 60 | ATIVO |
| 10 | 5 | 10 | 2 | 120 | 3 | 120 | MUITO ATIVO |
| 11 | 5 | 20 | 2 | 100 | 3 | 60 | MUITO ATIVO |

F = Frequência – D = Duração

Fonte: própria.

Os resultados obtidos com a aplicação do IPAQ após a prática com o MP demonstram que o índice de sedentarismo/baixa atividade diminuiu de maneira estatisticamente significativa após a primeira avaliação (Gráfico 1).

Gráfico 1. Estado comparativo de atividade física antes e após intervenção. Mombaça, CE, 2015.



Como instrumento de medida da qualidade de vida, foi utilizado o questionário genérico SF-36. O SF-36 contém 36 itens, dos quais 35 encontram-se agrupados em oito dimensões (capacidade funcional, dor, aspectos físicos, aspectos emocionais, aspectos sociais, saúde mental, vitalidade e estado geral de saúde) e um último item que avalia a mudança de saúde no tempo.

No quadro 5, considerando-se que os escores do SF-36 em cada domínio podem variar de zero a 100, sendo zero a pior nota e 100 a melhor, os resultados mostram que os domínios que apresentaram melhores escores foram: Aspectos Físicos, Aspectos Emocionais seguidos de Aspectos Sociais, antes da realização da intervenção e Aspectos Físicos, Aspecto Emocional seguido de Capacidade Funcional, depois da intervenção com o MP. Para cada dimensão, os itens do SF-36 são codificados, agrupados e transformados em uma

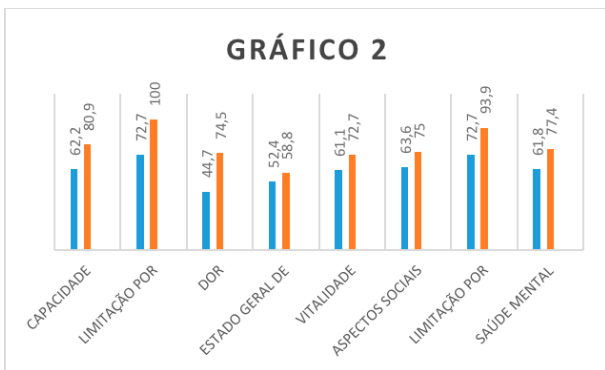
escala de zero (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde).

Quadro 5 - Aspectos quantitativos da avaliação da qualidade de vida (SF-36), nos oito domínios antes e após a intervenção. *Mombaça, CE, 2015.*

| Domínios | Avaliação Antes Intervenção MP | Avaliação Pós Intervenção MP | Melhorias SF-36 (%) |
|-----------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------|
| Capacidade Funcional | 62,2 | 80,9 | 18,7 |
| Aspectos Físicos | 72,7 | 100 | 27,3 |
| Dor | 44,7 | 74,5 | 29,8 |
| Estado Geral de Saúde | 52,4 | 58,8 | 6,4 |
| Vitalidade | 61,1 | 72,7 | 11,6 |
| Aspecto Social | 63,6 | 75,0 | 11,4 |
| Aspecto Emocional | 72,7 | 93,9 | 21,2 |
| Saúde Mental | 61,8 | 77,4 | 15,9 |
| Score Total | 491,2 | 633,5 | 142,3 |

Fonte: própria.

Observou-se que, após a intervenção, os valores obtidos para todos os domínios atestam uma consistência satisfatória do SF-36 (Gráfico 2).



DISCUSSÃO

Embora muito se tenha comentado sobre o Método Pilates, ainda há pouco conhecimento sobre os seus reais benefícios na saúde e qualidade de vida de seus praticantes. Apesar da escassez de pesquisas que abordem o Método, percebe-se que as existentes são favoráveis a ele e, de forma geral, a indicação quanto à utilização desse método tem se justificado a partir de afirmações positivas na melhoria da qualidade de vida e no desempenho das atividades.

A intervenção com o Método Pilates gera efeitos positivos no desempenho da atividade física, bem como melhoria nos domínios relacionados à qualidade de vida, como o observado na população em estudo. Nos dias atuais, o método tem se tornado popular na reabilitação, orientação, correção postural e condicionamento físico, baseando-se nos princípios fisiológicos do Pilates que são: concentração, controle, precisão, centramento e movimento fluido.

A condição de sedentarismo está relacionada ao nível de condicionamento físico baixo, e não à idade avançada e/ou a um percentual de gordura elevado. Uma pessoa sedentária ou fisicamente inativa não realiza habitualmente atividade física com intensidade suficiente, volume adequado e frequência compatível para o desenvolvimento de aptidão física. Para se afirmar que uma pessoa é sedentária, deve-se avaliar o quanto ela gasta de energia durante a atividade executada no trabalho e no lazer (MENDES; LEITE, 2008).

A atividade física vem sendo amplamente estudada na comunidade científica devido a seus diversos resultados positivos para a saúde física e mental de seus praticantes (WEINBERG; GOULD, 2006; HASKELL et al., 2007; SOLTOFT; HAMMER; KRAGH, 2009; MARTIN et al., 2009; SAMULSKI, 2009).

Qualidade de vida é uma noção humana subjetiva. Neste estudo, a percepção de qualidade de vida associada à saúde se encontra intimamente ligado à prática, neste caso formal, de atividade física.

Os componentes avaliados pelo SF-36 mais afetados antes da prática de atividade física com o Pilates citados pelas participantes foram dor, estado geral de saúde, vitalidade, saúde mental e capacidade funcional.

A diferença significativa no componente “Dor” pode ser explicada pelo fato de a amostra ter sido formada por mulheres sedentárias, a média obtida nesse item foi a menor (44,7), quando comparado aos demais componentes avaliados pelo SF-36, antes da intervenção.

Esse dado reforça a necessidade e a importância de realização de atividades físicas específicas para essa população, pois a prática de atividades é uma boa estratégia para a manutenção de um corpo fisicamente ativo, minimizando a perda funcional desencadeada pelo processo de envelhecimento e acentuada pelo sedentarismo.

A realização de atividade física pode, entre outros fatores, melhorar o estado geral de saúde, diminuir a dor e melhorar a qualidade de vida de indivíduos sedentários, minimizando declínios da capacidade funcional necessária para que o sedentário tenha uma vida independente, e, sobretudo melhore sua condição de saúde. Desse modo, a atividade física pode ser um elemento útil para ajudar sedentários.

Assim, alguns autores têm proposto que a intervenção com o exercício físico favorece melhorias na percepção das pessoas em relação a sua saúde e a sua qualidade de vida (JECKEL, 2005; CONTE; LOPES, 2005; ROCHA; TRIBESS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008; PRADO et al., 2010).

Por outro lado, não é consenso que somente a prática de atividade física habitual auxilia em melhor percepção da qualidade de vida em mulheres de meia-idade (ROCHA; TRIBESS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008). Guimarães e Baptista (2011) relatam, ainda, que a atividade física habitual, com intensidade moderada e volume pequeno (\leq trinta min/dia), influencia apenas nos domínios psicológico, ambiental e social.

CONCLUSÃO

A pesquisa realizada sobre influência do método Pilates no desempenho da atividade física e qualidade de vida de sedentárias, com base nos resultados obtidos, demonstrou que a intervenção influenciou positivamente no nível de desempenho das atividades físicas e qualidade de vida de sedentárias saudáveis, obtendo-se melhoria no estado geral de saúde e diminuição da dor da população em estudo.

O incentivo à prática regular de atividade física constitui-se importante ação na saúde pública, dando oportunidades a iniciativas de abrangência na população, a favor de estilos de vida ativos.

Assim, pode-se afirmar que a prática regular de atividade física, como o Pilates, no grupo em estudo, favoreceu ganhos funcionais e melhoria na qualidade de vida de sedentárias.

REFERÊNCIAS

BARETTA E.; BARETTA M.; PERES K. G. **Nível de atividade física e fatores associados em adultos no Município de Joaçaba**, Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 23(7), p. 1595-1602, jul, 2007.

CONTE, E. N. T.; LOPES, A. S. **Qualidade de vida e atividade física em mulheres idosas**. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 2, n. 1, p. 61-75, 2005.

FERREIRA M. S.; NAJAR A. L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 10 (sup), p. 207-219, 2005.

GROENNINGA, M. **Nutrição em Prática**; 09/06/2009 Disponível: <http://www.nutricaoempratica.com.br/alimentacao-correta/page/3>. Acesso em: Setembro, 2014.

GUEDES, D. P.; LOPES, C. C.; GUEDES, J. E. R. P. **Reprodutibilidade e validade do questionário internacional de atividade física em adolescentes**. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 11, n. 2, p. 151-158, 2005.

GUIMARÃES, A. C. A.; BAPTISTA, F. **Atividade física habitual e qualidade de vida de mulheres na meia-idade**. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 305-309, 2011.

HASKELL, W. L. et al. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 39, n. 8, p. 1423-1434, 2007.

JECKEL, C. M. M. **Resenha de tese atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas**. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 2, n. 1, p. 86-89, 2005.

KATZMARZYK, P.T.; JANSSEN, I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. **Canadian Journal of Applied Physiology**, Champaign, v. 29, n. 1, p. 90-115, 2004.

MARTIN, C. K. et al. Exercise Dose and Quality of Life. **Archives International Medicine**, v. 169, n. 3, p. 269-278, 2009.

Matsudo SMM. **Envelhecimento e Atividade Física**. Londrina: Midiograf; 2001

PRADO, R. A. et al. A influência dos exercícios resistidos no equilíbrio, mobilidade funcional e na qualidade de vida de idosas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 183-191, 2010.

ROCHA, S. V.; TRIBESS, S.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. **Atividade física habitual e qualidade de vida de mulheres idosas com baixa condição econômica**. Revista da Educação Física/UEM, Maringá, v. 19, n. 1, p. 101-108, 2008.

SAMULSKI, D. M. **Psicologia do Esporte: conceitos e novas perspectivas**. 2 ed., Barueri/SP: Manole, 2009.

SOLTOFT, F.; HAMMER, M.; KRAGH, N. The association of body mass index and health-related quality of life in the general population: data from the 2003 Health Survey of England. **Quality of Life Research**, v. 18, n. 10, p. 1293-1299, 2009.

SOUZA, C. O.; SILVA, R. C. **Fatores associados ao excesso de peso em crianças e adolescentes brasileiros: revisão**. Sociedade Brasileira Alimentação e Nutrição. São Paulo. v. 34. n. 03. 2009.

WEINBERG, R. S.; GOULD D. **Foundations of Sport and Exercise Psychology**. 4. th. Ed: Frankfurt, Human Kinetics, 2006.

OFICINAS EDUCATIVAS E A MEDIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PRIMÍPARAS PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Mirna Albuquerque Frota, Karla Maria Carneiro Rolim, Adryana Aguiar Gurgel, Kamila Ferreira Lima, Cíntia de Oliveira Castelo Branco Sales

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil ocorre a partir de interações dispostas em um tempo histórico, contexto específico e perpassa pelo relacionamento com os adultos. O cuidado regula aspectos como o comportamento da criança em suas experimentações, e pode interferir de modo a induzir, impedir ou facilitar a realização de ações, fato que, certamente, reflete no desempenho de habilidades infantis e, conseqüentemente, no desenvolvimento global das crianças (KREUTZ; BOSA, 2009; EYKEN; RIBEIRO, 2012). Além disso, as crenças maternas acerca dos períodos prováveis para aquisição de habilidades perceptuais, cognitivas e motoras podem influenciar a relação entre a díade mãe-bebê.

Nesse sentido, estudo conduzido nas áreas do desenvolvimento infantil e de relações sociais confirma que a interação mãe-filho é considerada recorte significativo para o entendimento da organização comportamental e competências do infante, adquiridas neste contexto (PRADO *et al.*, 2009).

A prática do cuidado e os comportamentos maternos e infantis revelam a existência de propriedades que aceleram ou retardam o desenvolvimento e, quando há conhecimento materno das características das fases do bebê, isso contribui para o entendimento no processo do desenvolver (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; MENDES; SEIDL-DE-MOURA, 2013).

A vinculação do conceito de saúde à concepção de bem-estar considera aspectos multidimensionais da vida das pessoas. O entendimento ampliado de saúde enaltece que os estados físico, mental, ambiental e socioecológico interagem e influenciam-se mutuamente na dinâmica de desenvolvimento do sujeito (IDE, 2012). Com isso, percebe-se que a tão buscada qualidade de vida está intimamente envolvida com a promoção da saúde, melhor dizendo, da cidadania, visto que nesse contexto o sujeito atua em parceria com os serviços e assume uma corresponsabilidade sobre o seu bem-estar.

O setor saúde, para o desempenho da atenção integral à criança em concordância com a promoção do desenvolvimento infantil, tem consolidado práticas construtivistas de educação em saúde, cuja intenção ultrapassa os cuidados tradicionais, especializados e individualizados, uma vez que permite conciliar cultura, conhecimento prévio, ensino-aprendizagem para a mobilização popular frente à compreensão e resolução das situações cotidianas (IDE, 2012).

Nessa perspectiva, em 2011, com o intuito de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como às crianças o direito ao nascimento seguro, ao

crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.459, institui a Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

No âmbito do cuidado infantil, a Rede Cegonha preconiza como objetivo o fortalecimento da puericultura e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança pela equipe de saúde, com um olhar em âmbito biopsicossocial, sob consideração das condições de saúde e de vida da família, e das articulações em rede, isto é, a intersetorialidade no território para uma resolutividade efetiva. O programa ainda prevê estratégias de comunicação social e programas educativos que fortaleçam a saúde do binômio mãe-filho.

Frente a essa inovação, as ações educativas devem refletir medidas preventivas e promotoras de saúde, visando ao desenvolvimento infantil harmonioso e pleno. A Saúde Pública adota, como ação prioritária, a interação relacional de crianças e pais, ratificada pelos serviços a essa clientela (FROTA *et al.*, 2011). Sob esta concepção, o entendimento de Educação em Saúde, conceito associado ao de Promoção da Saúde, alcança definição ampla como processo de capacitação das pessoas, proporcionado pela abordagem socioeducativa que assegura conhecimento, habilidades e formação da consciência crítica (ALVES; AERTS, 2011).

Considera-se ainda que as oficinas educativas são campo de trocas no qual a realidade vivenciada por cada mãe, quando compartilhada, favorece a integração de experiências e a elaboração de ideias sobre saúde da criança, e reflete em ações que se propagam em torno da população infantil nas comunidades.

A construção do conhecimento das mães acerca das etapas do desenvolvimento infantil, quando oportunizado nos serviços de puericultura, potencializa a capacidade materna para transformações significativas na forma de cuidar. Isso possibilita que ela contribua de forma positiva para a aquisição de habilidades neuropsicomotoras do próprio filho e, sobretudo, alimente uma relação afetiva saudável com ele.

A aproximação com mulheres que estão experimentando pela primeira vez a maternidade vislumbra saber sobre o conhecimento delas acerca do desenvolvimento infantil e proporciona subsídios para compreender fatores que interferem de forma negativa no processo evolutivo das crianças. Assim, o estudo foi conduzido com o objetivo de analisar as concepções de mães primíparas sobre o desenvolvimento do filho, mediado pelas oficinas educativas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com caráter exploratório e de intervenção com abordagem qualitativa, que teve como referencial teórico a pesquisa-ação e o construtivismo.

A pesquisa-ação desenvolve-se como trabalho prático e de relação entre pesquisadores e sujeitos, apresentando elaboração do conhecimento com participação ativa dos atores implicados, com conhecimentos distintos e com capacidade de aprender com as ações. Sendo ainda utilizada como itinerário político-didático, propondo um ensejo do pesquisador em fazer seu discurso, pois a consciência dos sujeitos, como o conhecimento, não se transfere concluído (THIOLENT, 2011).

O construtivismo foi escolhido como teoria de suporte porque toma como ponto de partida esquemas de conhecimento pregresso sobre as questões de saúde-doença e provoca nas pessoas o desafio de questionar significados e sentidos de suas experiências, ampliando organizações mentais e projetos de ação frente às situações do cotidiano (IDE, 2012).

O campo de investigação da pesquisa foi um Centro de Saúde da Família da cidade de Fortaleza-Ceará, Brasil. Participaram sete primíparas atendidas no ambulatório de puericultura, cujos filhos apresentavam boas condições clínicas, encontravam-se na faixa etária de quatro a doze meses e estavam agendados para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Considerou-se essa amostra significativa porque os discursos das mães representaram a construção social do fenômeno. Com vistas a garantir o caráter sigiloso das informações, os depoimentos foram codificados pela letra M, acrescidos do número arábico.

Como instrumentos para a coleta de dados utilizaram-se entrevista semiestruturada, observação participante e oficinas educativas. Foram realizadas visitas domiciliares, o que proporcionou interação entre pesquisadoras e informantes, sendo explicado o percurso do estudo, seus objetivos, e apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

As mães foram convidadas a ir à Unidade de Saúde, a fim de participarem das oficinas supracitadas com envolvimento de temáticas convergentes com o desenvolvimento infantil diante de uma postura transdisciplinar. A organização da participação dos sujeitos na pesquisa se deu a partir da ocorrência de nove encontros. Posteriormente, aplicaram-se as entrevistas semiestruturadas com a seguinte questão: Qual

a influência das oficinas educativas para o desenvolvimento do seu filho?

Todo o material empírico foi submetido à análise destacada por Bazeley (2013), por meio da leitura, reflexão, codificação, conexão, revisão e, por último, refinamento dos dados. Assim, foram descritos e relatados em categorias, as quais foram submetidas à análise subsidiada pela literatura. Na apresentação dos resultados, todas as categorias êmicas foram destacadas com aspas e itálico.

O estudo seguiu as diretrizes e normas regulamentadas pela pesquisa envolvendo seres humanos, com base na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, Brasil (2012), aprovado sob o Parecer nº 343/2007. Os aspectos contidos na Resolução foram respeitados e seguidos, com compromissos estabelecidos por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO ESTUDADO

No que se refere à caracterização do grupo, foi composto por sete primíparas de 18 a 24 anos de idade, com nível de escolaridade variando entre fundamental incompleto e ensino médio completo. Referente a estado civil e atividade profissional, predominaram a união estável e o não exercício profissional. A renda familiar estava entre um e dois salários mínimos. Ressalta-se que a condição socioeconômica da família pode interferir na saúde da criança, uma vez que não seja capaz de atender às necessidades básicas de existência e de desenvolvimento.

OFICINA COMO PROPOSTA EDUCATIVA EM SAÚDE

A participação materna ativa no desenvolver das oficinas propiciou o desnudamento da aprendizagem grupal. Desta maneira, a pluralidade de ações que permearam o processo trouxe a cada participante a divergência da singularidade e a convergência de interesse. O entusiasmo das mães em participar das oficinas oportunizou reflexões sobre conhecimentos adquiridos relacionados a questões de saúde infantil.

O aprendizado foi facilitado pela vivência do grupo. As mães puderam refletir sobre o cotidiano e desenvolver o reconhecimento de condutas favoráveis de enfrentamento dos desafios que se apresentam no contexto de vida de cada uma delas. Essa transformação no modo de lidar com as situações é possível de ocorrer porque, como alguns autores afirmam, percepções e crenças influenciam de forma direta nas ações dos sujeitos (MOREIRA; SANTOS; CAETANO, 2009; CERVERA; PARREIRA; GOULARD, 2011). As informantes apropriaram-se de conhecimentos elaborados a partir da experiência grupal e o reforço positivo revelou-se na avidez com que projetaram os novos entendimentos para o cuidado materno do filho.

As oficinas proporcionaram uma visão ampliada sobre a experiência de ter o primeiro filho e sobre as mudanças pessoais que a nova situação provoca em suas vidas. A perspectiva materna sinaliza abertura para aprendizagem e garante o sucesso do processo educativo.

[...] falta de experiência [...] primeira vez, primeiro bebê. Vou levando muita sabedoria, muito aprendizado sobre desenvolvimento, alimentação, e vou estar repassando (M7).

As ações promotoras da saúde infantil foram inseridas nas oficinas, assegurando conhecimento, habilidades e formulação de consciência crítico-reflexiva, com construção de relação horizontal entre mães e pesquisadoras.

[...] eu não sabia de nada, aprendi muito, não tava tendo cuidado com ela, brincando e conversando com ela como era pra ser. Eu não tava cuidando certo (M6);

[...] não sabia de nada, estou levando aprendizagem, aprendi sobre desenvolvimento, crescimento... Estou prestando atenção no meu bebê, brincando bastante, conversando, olhando pra saber se está desenvolvendo bem (M5).

De acordo com Cervera, Parreira e Goulard (2011), as práticas realizadas em um ambiente coletivo que valoriza relação vertical entre seus membros provocam fragmentação, fragilizam e levam as atividades ao fracasso. Entre o profissional de saúde e o agente (sujeito) da ação deve existir uma interação descentralizada, com construção mútua de conhecimentos e processos de transformação que se dão a partir do entendimento dos fatores condicionantes de vida que têm efeito na saúde individual e coletiva (criança/família), bem como da expressão das necessidades e manifestação dos sentimentos. Assim, educar em saúde tem função não só pedagógica, mas, sobretudo, político-transformadora por valorizar o diálogo e oportunizar um reforço ao empoderamento do cuidar de si.

O desvelo materno constitui um conjunto de ações biopsicossocioambientais que permite à criança se desenvolver. Além de sentir-se cercada de afeição, ela necessita de cuidados e providências, como sono tranquilo, alimentação, higiene, estímulo ao brincar e outras. Sabe-se que práticas maternas permeiam e influenciam o desenvolvimento da criança, desta maneira, identificar o comportamento das primíparas e a percepção que elas têm sobre as aquisições motoras e cognitivas de seus bebês, trata-se de uma estratégia na promoção do desenvolvimento infantil (EYKEN; RIBEIRO, 2012).

DESVELANDO CONHECIMENTO E DESPERTANDO CONSCIÊNCIA MATERNA

As mudanças ocorridas no âmbito familiar, no comportamento e na conscientização retratam a seriedade das oficinas educativas e a importância da continuidade dessas práticas. A possibilidade que essa estratégia tem de compreender as atitudes e aproximar as mães permite a elas maior conhecimento sobre os filhos e a incorporação de mudanças de atitudes e práticas cotidianas. Constatou-se o envolvimento das mães, inclusive na propagação do aprendizado a novos sujeitos que não se inseriram na pesquisa, mas que integravam a comunidade e a família das pesquisadas.

O que aprendi vou fazer tudo com meu filho, coisas que antes eu não sabia e estou ensinando pra minha mãe tudo sobre desenvolvimento dele, como deve ser feito, sei que é preciso brincar, conversar e fazer com que ele se sinta bem e se desenvolva (M1).

O aprendizado compartilhado tornou as mães agentes promotoras e multiplicadoras de saúde infantil. Tal fato torna inegável a afirmação de que a educação transforma a realidade social (GOMES; MERHY, 2011). Os processos de cuidado com a saúde abrangem a participação da população diariamente e não somente sob o risco de adoecer. Consoante Machado *et al.* (2007), o conceito ampliado de saúde como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar integra os aspectos físico e mental, ambiental, pessoal e social.

Um grande aprendizado, tanto pra mim quanto para ele, o que eu aprendi tento estimular nele, pretendo com os conhecimentos que aprendi no grupo repassar para as minha amigas que tiverem bebê (M7).

O estímulo à reflexão da própria condição de saúde-doença, assim como a oportunidade de desvelar condutas facilitadoras da qualidade de vida, conseqüentemente desencadeia o processo de “*empowerment*” dos sujeitos. Ressalta-se que “*empowerment*” é considerado como capacidade de potencializar ações com múltiplos sentidos, com o compromisso de mudança do sujeito, proporcionando consciência sanitária e preparando-o para intervir sobre a realidade (CARVALHO, 2008; CERVERA; PARREIRA; GOULARD, 2011).

A saúde coletiva, enquanto campo de práticas de empoderamento popular, favorece a expressão de significados relativos à saúde e à vida do sujeito no contexto em que se encontra (LUZ, 2005). O discurso evidencia a apropriação

de conhecimento sobre saúde e a utilização deste na vida cotidiana.

Eu acho que já está melhorando muito, tinha muitas coisas que eu não sabia de jeito nenhum, e agora que estou bem informada comecei a colocar tudo em prática. Está funcionando (M3).

Estimuladas a questionar e a refletir sobre a incorporação de novas práticas no comportamento materno, as mulheres pesquisadas ganham autonomia e assumem novas condutas na forma de cuidar de seus filhos. Elas passam a compreender reações do bebê antes não percebidas. *Vai melhorar porque isso dá uma orientação para a gente, né? É assim a gente consegue até mudar muita coisa (M4); Aprendi a cuidar e a estimular [...] vai servir para minha neném. Ela já melhorou muito, coisa que não fazia e hoje já faz (M2);*

Aprendi um bocadinho de coisa que eu não sabia e vou estimular ela, eu pensava que só estimulava com brinquedo, mas pode estimular com outras coisas, até porque ela não tem muito brinquedo. Comecei a prestar mais atenção nela e a minha relação melhorou (M6).

Nesse sentido, pode-se dizer que as mães absorveram conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil durante o período em que estiveram partilhando das atividades do grupo.

Constata-se como missão da Educação em Saúde, através das oficinas educativas, o empoderamento das primíparas para o reconhecimento e estimulação de aquisições das habilidades neuropsicomotoras dos bebês, partindo da reflexão sobre suas necessidades reais e da nova compreensão, adquirida em grupo, sobre as questões que envolvem o desenvolvimento infantil global.

A comunicação e a relação interpessoal, com respeito às crenças familiares, propiciam estreitamento da relação profissional e cuidador, de modo a formar vínculo e confiança, e permitir melhorar aspectos da saúde e da qualidade de vida da criança (ALVES; AERTS, 2011).

As observações feitas pelas informantes indicam que o aprendizado é transferido e incorporado à relação do binômio mãe/bebê. A experiência de aprender em grupo e com ele colocou as primíparas na condição de fortalecimento da dignidade, da autonomia, da identidade e do fato de serem simplesmente mães.

Vai ajudar bastante no desenvolvimento, porque acho que não vai parar por aqui, vai ajudando mais ainda, até saber que é pra o desenvolvimento dela e que a gente quer ensinar pra ela e aos outros (M5).

Em síntese, verificou-se que os conhecimentos adquiridos foram incorporados à prática materna. O profissional que conduz essas aprendizagens é alguém que interage com sublimes sentimentos, como os sonhos, desejos, esperanças, tímidas ou fortificadas, e frustrações dos educandos (FREI-

RE, 2011). Nessa compreensão, pode-se dizer que a aquisição dos conhecimentos conjugados pelas mães durante o processo educativo favoreceu a prática da Educação em Saúde como perspectiva de transformação e superação, obtendo impacto positivo nas práticas do cuidado infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A multiplicidade e a riqueza das experiências vivenciadas pelas mães revelam o potencial de utilizar oficinas educativas para concretizar a efetividade da saúde da criança. A ampliação dessas ações desencadeou repercussões que acarretaram a facilitação da relação mãe-bebê, a qualidade nos cuidados diários e o envolvimento da mãe na estimulação do desenvolvimento do filho.

As oficinas em questão auxiliaram a percepção da singularidade e, desta forma, foi possível estabelecer aproximação e desvelar as exigências de cada participante. Igualmente, compreendeu-se que a diversidade de ações acarretou interação grupal, compartilhando saberes e motivando mudanças, o que constituiu fator primordial para aplicabilidade da estratégia.

A vivência das mães como facilitadoras do desenvolvimento foi evidenciada e, nesse entendimento, considera-se que foram promovidas mudanças, revelando que as mães, em razão da convivência durante os encontros, perceberam o crescimento pessoal no grupo. Como o estudo foi desenhado pela pesquisa-ação, esta ensejou vivências nas oficinas e nova forma de pensar, favorecendo as mães a atuação no grupo. Destaca-se, portanto, o valor de criar práticas educativas para o fortalecimento da práxis cotidiana dos profissionais que

trabalham com saúde da criança, especificamente na puericultura, cujos resultados serão reconhecidos e produzirão repertório de experiências na promoção da saúde da criança.

No ato de descobrir o conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil, articulando com o que permeia a magnitude do processo de maternidade em primíparas, ficou evidenciado o fato de que é necessário criar estratégias que promovam a educação em saúde em contínua elaboração, como eixo principal da Saúde Coletiva, sendo essa proposta um caminho para efetivar e fortalecer a promoção da saúde infantil articulada entre profissionais e comunidade.

Como contributo para essa investigação, pode-se assinalar a necessidade de reflexão sobre o papel dos profissionais de saúde como agente social e de mudanças, visando à transformação do comportamento das mães sobre o benefício do cuidar e como potencializador da qualidade de vida nos aspectos sensoriais, cognitivos, psicomotores e sociais dos bebês, além de fortalecer o vínculo da díade mãe-filho.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface**. v. 8, n. 15, p: 259-274, 2004.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 16, n. 1, p: 319-325, 2011.

BAZELEY, P. **Qualitative Data Analysis Practical Strategies**. Califórnia: Sage, 2013.

BRASIL. **Leis, Decretos. Portaria MS nº. 1.459**, de 24 de junho. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução 466/12**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

CARVALHO, S. R. Promoción de la Salud, “empowerment” y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. **Salud Colectiva**. v. 4, n. 3, p: 335-347, 2008.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciênc e Saúde Coletiva**. v. 16, n. supl, p: 1547-1554, 2011.

EYKEN, E. D. V.; RIBEIRO, C. D. M. Desenvolvimento infantil: seus agentes e as políticas públicas do município do Rio de Janeiro. **Physis**. v. 22, n. 3, p: 1085-1099, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FROTA, M. A.; BEZERRA, J. A.; FÉRRER, M. L. S.; MARTINS, M.C.; SILVEIRA, V. G. **Percepção materna em relação ao cuidado e desenvolvimento infantil**. Rev Bras Promoção da Saúde. v. 24, n. 3, p: 245-250, 2011.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**. v. 27, n. 1, p: 7-18, 2011.

IDE, C. C. **Educação em Saúde**: categorias para uma abordagem multidimensional. In: HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. L. G.; VIANA, D. L. (org.). Promoção da Saúde: fundamentos e práticas. São Paulo: Yendis Editora, 2012. p: 67-74.

KREUTZ, C. M.; BOSA, C. A. Intervenção precoce na comunicação pais-bebê com deficiência visual. **Estud psicol** (Campinas). v. 26, n. 4, p: 537-544, 2009.

LUZ, M. T. Novas práticas em saúde coletiva. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA, J. R. (org.) **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integridade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p: 335-342, 2007.

MENDES, D. M. L. F.; SEIDL-DE-MOURA, M. L. O envelope narrativo e o desenvolvimento do self: um estudo longitudinal com mães e bebês nos seis primeiros meses de vida. **Interação Psicol** (Curitiba). v. 17, n. 1, p: 37-46, 2013.

MOREIRA, A. K. F.; SANTOS, Z. M. S. A. S.; CAETANO, JA. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. **Physis**. v. 19, n. 4, p: 989-1006, 2009.

PRADO, L. C.; GOMES, A. G.; FRIZZO, G. B.; SANTOS, C. A.; SCHWENBERGER, D. D. S.; LOPES, R.S. Psicoterapia breve pais-bebê: revisando a literatura. **Rev psiquiatr**. v. 31, n. 3, p: 1-13, 2009.

THIOLLENT, M. J. M. **Metodologia de Pesquisa-Ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PLANTÃO EDUCATIVO PARA A PREVENÇÃO DE DST/HIV/AIDS COM ADOLESCENTES ESCOLARES

Ana Cristina Pereira de Jesus Costa, Ana Maria Fontenelle Catrib,
Neiva Francenely Cunha Vieira

INTRODUÇÃO

Atualmente, as DST/HIV/AIDS são doenças emergentes, consideradas problemas de saúde pública na população em geral, sendo elevada a taxa de incidência entre a população mais jovem. Segundo o relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), em todo o mundo, foram registrados 2,3 milhões de novos infectados pelo HIV. O relatório destaca também a redução de 33% no número de infecções pelo HIV nos últimos anos, e que 35 milhões de pessoas vivem com o HIV no mundo (WHO, 2007).

No Brasil, os dados do Boletim Epidemiológico Aids alertam para o fato de que, embora os adolescentes tenham elevado o conhecimento sobre prevenção da Aids e outras DST, ainda há tendência de crescimento do HIV nesse grupo. Estima-se que, a cada ano, quatro milhões de adolescentes tornam-se sexualmente ativos e que ocorram cerca de 12 milhões de casos de DST ao ano, dos quais, um terço em indivíduos com menos de 24 anos. O levantamento feito entre jovens, realizado com mais de 35 mil meninos de 17 a 20 anos de idade, indica que, em cinco anos, a prevalência do HIV nessa população passou de 0,09% para 0,12% (BRASIL, 2010).

Em virtude das transformações próprias da síndrome da adolescência normal, o adolescente inicia as primeiras experiências sexuais precocemente, por volta dos 15 anos, sob a influência direta da liberdade sexual, da mídia e da facilidade dos contatos sexuais íntimos, o que os torna mais vulneráveis, em virtude da falta de informação e de experiência. Assim, o papel assumido pelo adolescente diante do contexto social em que ele vive em relação à sexualidade pode ser um comportamento de risco para a sua saúde, quando ele se coloca em uma situação vulnerável em relação às DST/HIV/AIDS.

Sob esta perspectiva, algumas políticas públicas de saúde voltadas para a população de adolescentes foram elaboradas na tentativa de favorecer a reflexão acerca de comportamentos mais saudáveis e de subsidiar ações específicas para a prevenção e a promoção de sua saúde, em virtude, por exemplo, da realidade da gravidez precoce entre as adolescentes e do risco da infecção por DST/HIV (BRASIL, 2010).

Tratando-se de iniciativas que abrangem a promoção da saúde e a prevenção de doenças, o Ministério da Saúde recomenda Programas de Educação em Saúde, de tal modo que essas iniciativas sejam utilizadas nas atividades com adolescentes, como estratégias de intervenção, principalmente no contexto da epidemia da Aids e outras DST (COSTA et al., 2013).

Estudos demonstram que a educação em saúde junto aos adolescentes é eficaz à medida que produz no adolescente a motivação e a compreensão necessárias à implementação de práticas e comportamentos saudáveis em conformidade com o conhecimento apreendido (GALVEZ; VALLEJOS; CORDOVA, 2012; BEZERRA et al., 2015).

É durante as atividades educativas em saúde que as informações disponibilizadas e compartilhadas são passíveis de sensibilizar o adolescente, a ponto de que se percebam capazes de promover mudanças em seus comportamentos, diminuindo a vulnerabilidade e aumentando o empoderamento para fazer frente aos desafios que caracterizam o seu dia a dia. Sob esta ótica, a escola surge como importante aliada para a concretização de ações de promoção da saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades dos adolescentes, para a tomada de decisões favoráveis à sua saúde (ARRAES et al., 2013).

No panorama das DST/HIV/AIDS, muitos adolescentes podem encontrar barreiras durante ações de educação em saúde coletivas, como, por exemplo, timidez, conflito de horários, dificuldade de expressar dúvidas e pouca interação com o educador. Deste modo, é importante que o educador em saúde tenha um contato mais íntimo com o educando, a fim de identificar tais barreiras e comportamentos de risco à saúde e, conseqüentemente, fomentar motivação para a promoção do autocuidado. Logo, deve-se dar preferência às estratégias que aproximem o adolescente para o autocuidado, que enfoquem, particularmente, os riscos de se ter uma relação sexual sem proteção, a importância de mudar o comportamento, bem como adotar o preservativo em todas as relações sexuais (TAVOUSHI et al., 2011).

Na perspectiva de implementar novas estratégias, considerando a interface das características inerentes ao adolescente, sua vulnerabilidade e da carência de ações educativas a longo prazo, sugere-se uma nova proposta educativa a ser adotada nas escolas: o plantão educativo individual do adolescente para a prevenção de DST/HIV/AIDS.

Esta proposta surgiu a partir dos seguintes questionamentos: o enfermeiro como agente educador poderá desenvolver, no espaço escolar, um plantão educativo individual com adolescentes, para a prevenção de DST/HIV/AIDS? O plantão educativo individual pode ser adotado como estratégia educativa em saúde nas escolas?

O plantão educativo individual objetiva maior aproximação do adolescente com o enfermeiro, na busca pela resolução de suas dúvidas/angústias, relacionadas ao exercício seguro da sua sexualidade. Desta forma, possibilita ao enfermeiro discutir com o adolescente conhecimentos corretos sobre DST/HIV/AIDS e modos de valorizar os fatores de proteção, auxiliá-lo e apoiá-lo para reverter ou reduzir fatores de risco para essas infecções, promover o vínculo entre a escola e o setor saúde e utilizar técnicas interativas visando um envolvimento ativo dos adolescentes.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo de intervenção, do tipo quase-experimental, com abordagem quantitativa. A utilização de diferentes abordagens metodológicas em diferentes fases do processo da pesquisa visou à complementação para a análise do tema do estudo, funcionando como uma compensação integrante das deficiências e dos pontos obscuros de cada método isolado (ALMEIDA FILHO E BARRETO, 2012).

Como referencial norteador para a metodologia, utilizou-se a abordagem *Community – Based Participatory Research* – CBPR (Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade), que é uma proposta de abordagem colaborativa com

a investigação, envolvendo de forma igual todos os parceiros no processo de investigação e reconhecendo as únicas forças que cada um traz consigo, onde a investigação tem início por um tópico de extrema importância para todos, cujo objetivo é unir conhecimento e ação para atingir uma mudança social (FARIDI et al., 2007).

O estudo foi realizado no período de novembro de 2012 a junho de 2013 em uma escola pública militar da rede estadual do município de Imperatriz – MA, localizado na região sudoeste do estado do Maranhão. A escolha se deu de forma intencional, por conter o maior número de alunos em relação à proporção de representatividade no universo amostral.

A população alvo do estudo foi constituída por adolescentes, de ambos os sexos. A amostra constituiu-se de 203 adolescentes, que seguiram os seguintes critérios de elegibilidade: estar devidamente matriculado na instituição; estar na faixa etária da classificação intermediária da adolescência, entre 15 a 17 anos; estar frequentando a escola durante o período pré-estabelecido para a coleta de dados. Foram excluídos do estudo os adolescentes que apresentaram qualquer impedimento à aplicação do questionário, como deficiência visual e auditiva; diagnóstico médico de alguma deficiência cognitiva e/ou de leitura e/ou de escrita; não participar de todas as fases do estudo.

Para a obtenção dos dados, foi utilizado um instrumento de coleta de dados elaborado com base na Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população brasileira de 15 a 68 anos - PCAP 2008, que é um inquérito realizado

para monitorar os indicadores de conhecimentos, atitudes e práticas relacionados à infecção pelo HIV e controle das DST (BRASIL, 2011).

O instrumento da pesquisa contém questões abertas e questões fechadas, de múltipla escolha, e está dividido em três partes (dados sociodemográficos e econômicos, conhecimentos e comportamento sexual sobre prevenção de DST/HIV/AIDS), que foram obtidas na pré e pós-intervenção.

A coleta de dados ocorreu em quatro etapas na própria escola, para facilitar a adesão dos adolescentes escolares, nos seguintes períodos: janeiro/2013, março e abril/2013, junho de 2013 e maio e junho/2015.

Na **primeira** etapa foi aplicado um pré-teste aos adolescentes elegíveis, para identificar o conhecimento e os comportamentos sexuais de prevenção às DST/HIV/AIDS antes da participação na intervenção educativa, para permitir comparar com as respostas obtidas nos dois momentos pós-testes ao término da intervenção.

A **segunda** etapa foi constituída pela intervenção que aconteceu após a aplicação do pré-teste e durou dois meses, em um espaço designado e preparado para educar em saúde, individualmente, os adolescentes, acerca de dúvidas e anseios sobre DST/HIV/AIDS, através de plantão educativo.

Os adolescentes foram informados quanto à necessidade de agendamento para o plantão no contraturno das aulas, a fim de facilitar o controle da sua assiduidade e para não prejudicar as atividades escolares. Para o agendamento, os adolescentes forneceram dados para contato, tais como número de telefone, e-mail e rede social. Cada adolescente

participou de pelo menos dois encontros no plantão educativo. No primeiro encontro, discutiram-se as dúvidas do adolescente referentes à sua procura pelo plantão. O segundo encontro foi destinado a trabalhar os aspectos relacionados aos objetivos do estudo, com ênfase nos resultados obtidos pelo pré-teste. O intervalo entre os dois encontros no plantão foi de um mês.

A **terceira e quarta** etapas foram constituídas da aplicação do pós-teste, após o término da intervenção educativa, cuja finalidade foi avaliar, nos adolescentes, a apropriação e a manutenção dos conhecimentos discutidos durante a intervenção e a prontidão para a conscientização e mudança de comportamento frente às DST/HIV/AIDS, 30 dias e dois anos após o término do plantão educativo, respectivamente.

A intervenção constituiu-se no plantão educativo individual, que foi planejado e elaborado junto aos parceiros do estudo e incluiu: o grupo de adolescentes multiplicadores, a enfermeira-pesquisadora, os diretores, as pedagogas da escola, os professores e o núcleo gestor do SPE do município do estudo. A seleção do conteúdo a ser incluído na intervenção foi definida após ampla revisão bibliográfica sobre a temática e através das sugestões dos parceiros sobre qual a prioridade dentre os temas do estudo. De acordo com os parceiros do estudo, o tema prioritário sugerido para o plantão foi a abordagem sobre o uso do preservativo nas relações sexuais, com foco na adesão do adolescente na sua utilização.

Foram realizadas 10 reuniões para a construção do plantão educativo. As reuniões ocorreram no auditório da própria escola, sempre 40 minutos antes do início das aulas do grupo

de adolescentes multiplicadores, no período vespertino. As reuniões contaram com a participação de cinco adolescentes, de ambos os sexos, sendo dois do sexo masculino e três do sexo feminino, na faixa etária entre 14 e 16 anos, os quais se responsabilizaram pelo registro das informações e definições.

Para a definição do nome da sala do plantão educativo, todos os parceiros puderam opinar, tendo em vista a utilização dos princípios da CBPR, e a preocupação comum de todos, de que o nome poderia aproximar ou afastar o adolescente, caso ficasse subentendido que o mesmo, ao adentrar a sala do plantão, já possuía vida sexualmente ativa.

A organização da sala destinada ao plantão educativo foi preparada pelo grupo de adolescentes multiplicadores e pela pesquisadora responsável. Para facilitar a discussão sobre a organização do espaço, a pesquisadora norteou o grupo através da seguinte questão: “O que torna um ambiente acolhedor e atraente para um adolescente, para trabalhar a educação em saúde?” A partir do questionamento, seguiu-se a escuta ativa e os adolescentes sugeriram que o ambiente se apresentasse de modo informal, diferente da ideia de um consultório, sem a presença de mesas e cadeiras, o que poderia gerar tensão ou recusa na participação dos adolescentes.

A sala do plantão educativo foi desenhada pensando no conforto, no acolhimento e na atratividade. Na sua composição, foram usados tapetes e almofadas como apoio para a discussão individual, das dúvidas dos adolescentes, conforto e maior aproximação com o pesquisador, e, assim, vivenciar uma forma de contato diferente do clássico, entre profissional e adolescentes.

Um balcão foi elaborado para a distribuição de folders sobre a temática e de preservativos masculinos. Sobre o balcão, estavam dispostos os modelos anatômicos do pênis e da vulva para a demonstração da colocação dos preservativos pelos adolescentes durante o plantão educativo.

Foram disponibilizadas, ainda, aos adolescentes que procuraram o plantão educativo, sempre que necessário, algumas tecnologias e mídias educativas, propostas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), para a prevenção de DST/HIV/AIDS, como, por exemplo:

Oficina 1 “A árvore do prazer” – objetivo: para cada prazer listado na copa da árvore pelos adolescentes, eles teriam que encontrar riscos associados e formas de prevenir os problemas, sendo priorizada a discussão sobre a sexualidade.

Oficina 2 “Tá quente... Tá frio...” – objetivo: mostrar ao adolescente que a utilização do preservativo não interfere na sensibilidade durante a relação sexual. O adolescente é convidado a colocar tanto o preservativo feminino quanto o preservativo masculino em uma das mãos e verificar que não há diferença na sensibilidade tátil ou térmica ao entrar em contato com líquido frio e quente.

O plantão teve a duração de dois meses, executado nos meses de março e abril de 2013, cuja frequência de realização dos encontros na primeira quinzena do mês de março foi de duas vezes semanalmente, e, a partir da segunda quinzena de março até o final de abril, o plantão foi realizado diariamente, das 8h às 12h e das 14h às 18h, sendo o tempo de permanência de cada adolescente participante, entre 30 e 40 minutos.

Ao procurar o plantão educativo em saúde, o adolescente, ao mesmo tempo em que discutiu as suas dúvidas, teve a oportunidade de refletir e discutir também com outros adolescentes, as possibilidades de prontidão para a adoção de práticas sexuais seguras frente às DST/HIV/AIDS.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Para o período estudado, o maior percentual de participantes era do sexo masculino ($n=103$; 50,74%) em todas as etapas estudadas, com idade de 14/15 anos (15,5 anos \pm 0,6 meses) antes e 16/17 anos (16,8 anos \pm 0,9 meses) dois anos após a intervenção. Ademais, verificou-se que o estado civil solteiro sem parceiro fixo apresentou uma redução ($n=150$; 73,89% *vs.* $n=121$; 59,61%) entre os adolescentes participantes da intervenção.

Averiguações da OMS e do Ministério da Saúde assinalam que as idades compreendidas de 14 a 17 anos fazem parte das fases intermediária e tardia da adolescência. Para os profissionais de saúde, esse período refere-se às fases biosomáticas, nas quais as alterações psíquicas como produtos da puberdade e a inclusão do adolescente no mundo adulto podem ressignificar o contexto em que o adolescente está inserido (WHO, 2007; BRASIL, 2010).

A relação gênero e uso do preservativo nas relações sexuais é citada na literatura como um fator importante para as práticas de prevenção às DST/AIDS (LOPES; BARBOSA, 2015). Wang (2012) menciona que a dimensão da sexuali-

dade é abordada de formas distintas para meninas e meninos na educação sexual nos âmbitos sociocultural e familiar, o que, portanto, reafirma a necessidade de que as intervenções educativas abordem esta questão em relação ao comportamento sexual dos adolescentes.

A situação conjugal, solteiro, tende a induzir relacionamentos afetivos ocasionais e que não se caracterizam por estabilidade, em que a principal referência é possuir envolvimento temporários, cuja durabilidade, na maioria das vezes, é de apenas um único encontro, e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade às infecções por DST/HIV/AIDS, sobretudo quando esses relacionamentos estão desacompanhados do uso do preservativo (SAVITA; BALDA, 2012; COSTA et al., 2013).

3.2 AVALIAÇÕES DOS ADOLESCENTES SOBRE O PLANTÃO EDUCATIVO

O percentual de adolescentes que avaliaram o plantão educativo como muito bom/bom totalizou 95,07%, bem como a maioria respondeu que mudou os conhecimentos e comportamentos frente às DST/AIDS, após ter participado do plantão (82,75%).

Entre os adolescentes sexualmente ativos, 25,12% disseram ter começado a utilizar o preservativo após o plantão. Nota-se que, embora o percentual dos adolescentes que não a utilizam (12,80%) seja reduzido, observa-se que o principal motivo referido pela metade dos participantes é que mesmo o(a) adolescente desejando utilizar o preservativo, o(a) outro parceiro não quer (50,00%).

A metodologia utilizada no plantão educativo, implementada individualmente, cooperou para que os adolescentes considerassem esse tipo de intervenção importante para o debate da temática. Outras pesquisas desta natureza reafirmam que a utilização de métodos educativos que favoreçam espaço de discussão de suas práticas, de troca de conhecimentos, a partir da vivência para a reflexão, demonstram que são significativos para a construção e manutenção do autocuidado em saúde de adolescentes (TAVOUSHI et al., 2011; LOPES; BARBOSA, 2015).

Para 83,74% dos adolescentes, o maior aprendizado obtido no plantão educativo foi sobre aprender como usar os preservativos. Após dois anos, 86,69% dos participantes informaram que atuaram como multiplicadores das informações obtidas a outros adolescentes, e destes, 67,04% disseram ter sido através de conversas em grupo.

A relevância de intervenções educativas participativas é reconhecida pelo Ministério da Saúde através das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, estratégia para a formação de adolescentes multiplicadores de conhecimentos compartilhados e/ou aprendidos (BRASIL, 2010).

Os adolescentes responderam a duas questões abertas sobre o que gostaram e o que não gostaram no plantão educativo: para 48,76%, a organização da sala do plantão foi eleita pelos adolescentes como o item mais apreciado, enquanto que 68,96% referiram não gostar da pouca quantidade de preservativos entregue durante o plantão educativo.

Assim, as intervenções educativas devem buscar desenvolver nos adolescentes o desejo de se prevenir de DST/HIV/AIDS, ponderando valores individuais, sociais, culturais e perspectivas sobre os tipos de relacionamentos esperados pelos adolescentes (SAVITA; BALDA, 2012).

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE DST/HIV/AIDS

A maioria dos adolescentes mencionou que recebe informações da temática DST/AIDS na escola (n=164; 80,80% *vs.* n=203; 100,0%). Ademais, nota-se que as aulas continuam sendo o principal acesso aos conhecimentos da temática, anterior e posterior à intervenção educativa (n=100; 49,27% *vs.* n=110; 54,19%, n=197; 97,04%).

De acordo com o Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC), cerca de 20-25% dos adolescentes em todo o mundo apresentam testes positivos para DST/HIV, o que reitera que este grupo é de grande risco para estas infecções (CDC, 2014). Como colaboração para compreender os mecanismos de prevenção dessas infecções, diversos estudos evidenciam que a promoção do conhecimento sobre DST/HIV/AIDS pode influenciar no decréscimo de comportamentos sexuais de risco na adolescência (COSTA et al., 2013; ARRAES et al., 2013).

Importante ressaltar que nos últimos dois anos, após a intervenção, os adolescentes dessa investigação consideram os serviços de saúde como a fonte de informação sobre DST/HIV/AIDS que mais acreditam (n=40; 19,70% *vs.* n=49; 24,14%, n=79; 38,91%), mesmo tendo referido que na es-

cola a principal fonte de acesso a informações da temática é durante as aulas (n=197; 97,04%) e não por meio dos profissionais de saúde (n=40; 19,71%).

Intervenções educativas que abram espaços de compartilhamento de conhecimentos entre os adolescentes devem ser vistas como de grande oportunidade para implementar ações que divulguem conhecimentos de prevenção às DST/HIV/AIDS. A favor disto, Tavousi et al. (2011) reiteram que a escola, espaço de partilha diária dos adolescentes, opera de forma expressiva na concepção de opiniões, logo, é uma referência para a prática de programas que estimulem a educação para a conscientização. Desta forma, as políticas públicas de promoção da saúde do adolescente devem ser fortalecidas ao estabelecer parceria com as instituições de saúde, para transformar esse espaço em um ambiente contínuo de promoção da saúde.

A diferença média de acertos em relação ao conhecimento sobre DST/HIV/AIDS dos adolescentes escolares, dois anos após a intervenção, foi de $98,99 \pm 2,69$, $p < 0,05$. Ou seja, os adolescentes apresentaram um aumento estatisticamente significativo do conhecimento na temática, dois anos após a intervenção, e, percentualmente, houve diferença significativa na média das avaliações realizadas no sexo feminino, antes ($62,65 \pm 16,07$) e dois anos após o término da intervenção ($99,06 \pm 2,34$, $p < 0,05$).

A presença do enfermeiro no ambiente escolar abre novas possibilidades para práticas de intervenção que evidenciem as suas competências e habilidades na geração de espaços promotores da saúde de escolares, fortalecendo a

práxis dos setores da educação e saúde, num contexto dialógico e crítico-reflexivo (BEZERRA et al., 2015). Além disso, através dessa inclusão, fortalecem-se a continuidade das intervenções e as experiências positivas desenvolvidas junto aos escolares.

Arraes et al. (2013) ressaltam a importância de que as pessoas de todos os gêneros e idades tenham informações corretas sobre as formas de transmissão e prevenção de DST/HIV/AIDS, visto que é um elemento essencial para motivar a adoção de comportamentos preventivos, principalmente com a utilização de preservativos e redução no número de parceiros sexuais.

O sexo feminino apresentou melhor conhecimento de prevenção, dois anos após o plantão educativo, o que pode indicar que entre as meninas existe uma intenção favorável ao uso do preservativo, o que representa um desejo de usá-lo efetivamente. A intenção do uso é um fato positivo, por ser considerada um elemento para o empoderamento feminino, haja vista que a literatura tem demonstrado a dificuldade de negociação com os parceiros (VOISIN et al., 2012).

AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO SEXUAL

A variável idade da primeira relação sexual apresenta variação esperada de 13-14 anos para 15-16 anos nos últimos dois anos após a intervenção. Para a maioria dos adolescentes sexualmente ativos, o uso de contraceptivo na primeira relação sexual manteve-se dois anos após a intervenção (n=58; 52,72%).

O início da vida sexual, exclusivamente, não constitui

comportamento de risco, contudo expõe o adolescente em uma parcela da população considerada suscetível para DST/HIV/AIDS (COSTA et al., 2013). Entretanto, pesquisadores consideram a iniciação sexual precoce, em idade inferior a 14 anos, um risco comportamental (GALVEZ; VALLEJOS; CORDOVA, 2012; SAVITA; BALDA; 2012).

Quanto ao parceiro da última relação sexual, observa-se ascensão da referência de namorada(o)/noiva(o) de 30,30% para 46,85%. Sobre o método que utilizou para se proteger de DST/AIDS nos últimos 12 meses antes, um mês e dois anos após a intervenção, o preservativo manteve-se como sendo o principal método para a maioria dos adolescentes, respectivamente (n=18; 54,54%, n=39; 42,85%, n=51; 46,36%).

Estudos mostram que, para os adolescentes, a utilização do preservativo nas relações sexuais é o oposto da espontaneidade que se habitua conferir ao sexo e à adolescência (TAVOUSI et al., 2011; WANG, 2012). Por conseguinte, as intervenções que propõem aos adolescentes a utilização do preservativo de forma contínua desde o início da sua atividade sexual devem incluir a dimensão do erotismo e da praticidade, não somente do medo de se infectar com DST/HIV (BEZERRA et al., 2015).

Assim, a mudança de comportamento deve estar ligada também a outros fatores que contribuem para sustentar a conduta protetiva, como o fato de ter um parceiro que sugira estabilidade emocional/confiança para os adolescentes (LOPES; BARBOSA, 2015). O aspecto da confiança no(a) parceiro(a) é provavelmente explicado em virtude do vínculo

e grau emocional estabelecido no relacionamento e no momento da relação sexual, fato que pode interferir na negociação do preservativo entre o casal (ARRAES et al., 2013).

Os resultados da relação entre conhecimento e comportamento dos adolescentes sexualmente ativos apontam que, dois anos após a intervenção, os adolescentes que mais acertaram as questões sobre conhecimentos relativos às DST/HIV/AIDS (16,45%) foram aqueles que disseram ter usado regularmente a camisinha nas relações sexuais (n=41; 65,08%).

Verificou-se, também, que houve aumento aproximado de 10% no uso da camisinha entre aqueles que disseram ser solteiros com parceiro fixo (n=09; 32,14% *vs.* n=18; 40,91%) e solteiros sem parceiro fixo (n=22; 37,29% *vs.* n=51,67%), após dois anos da intervenção.

As primeiras relações sexuais dos adolescentes são imprevisíveis, não programadas e essa não preparação contribui para torná-los vulneráveis às DST/HIV/AIDS. Apesar disso, eles continuam o ato sexual mesmo com esse risco. Desta forma, pesquisas apontam que, uma vez que o conhecimento por si só não é suficiente para que essa mudança de comportamento seja adotada, as intervenções devem ser contínuas e transcender a prática do conteúdo teórico (COSTA et al., 2013).

CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos, é possível concluir que o plantão educativo como intervenção proponente da enfermagem apresentou, ao longo do tempo, efeitos relevantes na vida dos adolescentes, visto que mantiveram o inte-

resse nos conhecimentos sobre a transmissão e prevenção de DST/HIV/AIDS e sinalizaram a intenção para a mudança no comportamento sexual.

A abordagem de intervenções educativas encontradas em estudos nacionais na promoção do conhecimento dos adolescentes sobre DST/HIV/AIDS desenvolvidas por enfermeiros se resse de limitado uso de uma terminologia própria da enfermagem, em que o enfermeiro explore de maneira substancial e sistemática o espaço escolar, por meio de uma atitude emancipatória nas práticas educativas junto aos adolescentes.

Esse aspecto emancipador adotado no presente estudo fortalece o entendimento de que quando a práxis de saúde é sistematizada na escola, por um profissional de saúde, nesse caso o enfermeiro, permitem-se ganhos, inovações e se possibilita continuidade das estratégias bem-sucedidas, até então desenvolvidas, de modo pontual.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- ARRAES, C. O.; PALOS, M. A. P.; BARBOSA, M. A.; TELES, S. A.; SOUZA, M. M.; MATOS, M. A. **Masculinidade, vulnerabilidade e prevenção relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis/HIV/Aids entre adolescentes do sexo masculino: representações sociais em assentamento da reforma agrária**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 21, n. 6, p. 1266-73, nov.-dez. 2013.
- BEZERRA, E. O.; PEREIRA, M. L. D.; CHAVES, A. C. P.; MONTEIRO, P. V. **Representações sociais de adolescentes acer-**

ca da relação sexual e do uso do preservativo. Rev. Gaúcha Enferm. v. 36, n. 1, p. 1-19, mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes Nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionada às DST e Aids da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade, 2008.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Sexually transmitted disease surveillance 2012.** Atlanta: U.S, 2014. Department of Health and Human Services.

COSTA, A. C. P. J.; LINS, A. G.; ARAÚJO, M. F. M.; ARAÚJO, T. M.; GUBERT, F. A.; VIEIRA, N. F. C. **Vulnerabilidade de adolescentes escolares às DST/HIV, em Imperatriz – Maranhão.** Rev. GaúchaEnferm., v. 34, n. 3, p. 179-186, 2013.

FARIDI, Z., GRUNBAUM, J. A., SAJOR GRAY, B., FRANKS, A., SIMOES, E. Community-based participatory research: necessary next steps preventing chronic disease. **Prev. Chronic. Dis.**, v. 4, n. 3, p. A70, 2007.

GALVEZ, C. A.; VALLEJOS, M.; CORDOVA, S. Knowledge Level Influence in Protective Attitudes and Practices against the Risk of HIV/AIDS in Students of Private Peruvian High Schools. **Webmed Central Public Health**, v. 3, n. 1, p. WMC002865, 2012.

LOPES, A. O. S.; BARBOSA, J. A. Vulnerability of Adolescents from a Public Institution of Education to Human Immunodeficiency Virus. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 42-49, jan/mar 2015.

SAVITA, D. K.; BALDA, S. Socio-economic variables: A contributing factor for adolescent's personality development. **Journal Psychology**, n. 3, p. 47–50, 2012.

TAVOUSHI, M.; HEIDARNIA, A.; MONTAZERI, A.; TAROMIAN, F.; AHMADI, M. A theory based intervention: Effect on substance abuse prevention in adolescents. **Payesh**, n. 10, p. 91–9, 2011.

VOISIN, D. R.; TAN, K.; SALAZAR, L. F. et al. Correlates of STI prevention knowledge among African American girls. **The Journal of Adolescent Health**. 2012.

WANG, B.; BONITA, S.; XINGUANG, C.; XIAOMING, L.; DINAJ- KOCI, V.; BRATHWAITE, N. et al. Predictors of Responsiveness Among Early Adolescents to a School-Based Risk Reduction Intervention Over 3 Years. **Aids Behav.** v. 16, n. 2, p. 469-79, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections 2006-2015: breaking the chain of transmission**. Geneva: WHO, 2007.

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS (ABP): ABORDAGEM NO CONTEXTO FAMILIAR ENTRE DISCENTES DE MEDICINA.

Danilo Pinheiro, Rayssa Pinheiro Lourenço, Mariana Barroso Maciel Costa, Tattieri Alenninne Cardoso Barros, Raíssa Jamacaru Pinheiro Rodrigues.

INTRODUÇÃO

Nos dois primeiros semestres de uma graduação em Medicina, há a interseção de uma Política Nacional de Promoção da Saúde, um método de ensino denominado Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), aulas ambientadas numa comunidade, estratégias de abordagem domiciliar/familiar e, por fim, acompanhamento longitudinal de famílias. Acerca disso, cabem reflexões sobre potenciais transformações no público assistido e no próprio graduando e, principalmente, quais resistências e resignações a partir de entraves institucionais na educação médica. Portanto, não cabe aqui mera descrição de uma grade curricular X de uma universidade privada Y, e sim a análise da percepção dos alunos numa intervenção em atenção primária, especificamente na promoção da saúde.

Diante do abrangente conceito de Promoção da Saúde, a vivência docente permite pautar tal conceito como desafiador por três razões: a) para plena compreensão, pede uma

atuação para além da sala de aula; b) a atuação afora da sala de aula pede reflexão quanto às atitudes, englobando introduções de condutas de sutil avaliação; e c) há a complexidade de uma rede social em torno da família/grupo/comunidade assistidos.

Porém, antes de ater-se ao processo de ensino-aprendizagem numa graduação em medicina sob o método ABP, é adequado conceituar a Promoção da Saúde para o leitor balizar sua compreensão entre as escalas do 'ideal' e do 'pragmático', de acordo com Iglesias (2011), assim como o que reproduz a ortodoxia de uma medicina curativa e o que realmente suplanta tal modelo.

A promoção da saúde, antes de tudo, integra o nível da atenção primária no Sistema Único de Saúde, estabelecendo um dueto com a prevenção, embora, por vezes, soe como um 'duelo' por conta das distorções feitas pelos próprios profissionais entre 'prevenir doenças' e 'promover saúde' (Sícoli, 2003). Promover a saúde está no foco do 'maximizar', e já que o conceito de saúde, segundo a OMS, apoia-se na concepção de completo bem-estar biopsicossocial, então maximizar a tal condição implicaria em voltar-se aos *determinantes sociais em saúde* (Bydlowski, 2004). Noutra seara, a prevenção de doenças, que também compõe a atenção primária, deduz que o foco é justamente prevenir uma dita 'doença', ou seja, ações de educação e intervenção focadas no diabetes, osteoporose, dengue, hipertensão, etc. Prevenção pressupõe agir em função de uma causa/doença, seja ainda inexistente num organismo ou em caráter embrionário, como no caso da glicemia limítrofe ou um pré-hipertenso. A promoção da saúde abriga-se no SUS sob o nível da atenção

primária, embora seja uma tecnologia social aplicável aos níveis de atenção secundário e terciário, com devidas adequações e relativizações. Em suma, as estratégias de prevenção e promoção da saúde coexistem e usam a educação em saúde como ferramenta para maior eficácia, eficiência e efetividade na atenção primária.

Assim como os conceitos de promoção e prevenção confundem-se nas unidades de atenção básica, as perspectivas sobre educação também são superestimadas ou subestimadas: ora apreoa-se que a educação solucionará problemas de saúde sem apropriações técnica e teórica devidas, ora restringe-se o campo educacional da saúde ao formato estéril e pontual de palestras e panfletagens.

Nesse enfoque, a educação médica brasileira adentrou num amplo debate concomitante à reabertura democrática e aos movimentos sociais em prol da saúde pública (Menicucci, 2014). A partir do SUS a preconizar os princípios da equidade, universalidade e integralidade, os currículos dos cursos de saúde em escala nacional foram reformulados (Mattos, 2009). A partir da metade da década de 1990, várias discussões sobre saúde pública e atenção primária já estavam respaldadas por iniciativas pioneiras e produtoras em várias regiões do país, como aponta Batista (2011), e inclusive no Ceará, com o embrionário programa de agentes comunitários de saúde (Barros, 2010).

Tais discussões teóricas e metodológicas conceberam as primeiras grades curriculares, legitimando os campos da saúde coletiva, epidemiologia, ética/bioética, ciências sociais, psicologia e práticas integrativas e complementares em

saúde. Deve-se ver tal avanço como processo, e não simplesmente como transição de etapas, já que não houve uma ruptura. Diante disso, espera-se uma dificuldade na execução pedagógica de tais conteúdos, já que a práxis médica há pouco tempo pautava-se numa abordagem clínica ambulatorial, e não na *medicina centrada na pessoa* e na saúde comunitária. Além disso, outro entrave observado seria a parca diluição desses conteúdos na grade curricular, ficando confinados em disciplinas e semestres os quais, sob as nomenclaturas de ‘módulos e/ou disciplinas básicas’, permanecem pouco aplicáveis e ainda associados à clínica médica, prevalecendo o discurso hospitalocêntrico e flexneriano. Isso persiste até hoje, mesmo nas grades curriculares em PBL, pois se trata de uma mudança à mercê de um paradigma educacional, suplantando o imediatismo de reformas curriculares e preferências pedagógicas de colegiados.

Por fim, o método de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) se desdobra em quatro eixos: o eixo LHM (Laboratório de Habilidades Médicas), onde predomina uma abordagem atitudinal e comunicacional, englobando práticas médicas ambulatoriais e simulações de consultas via OSCEs; o eixo AIS (Ações Integradas em Saúde), com enfoque na saúde pública e educação em saúde, sendo aulas predominantemente práticas em comunidades, escolas e unidades de saúde; o eixo GTs (Grupos Tutoriais), onde se aprofundam os conteúdos de ordem técnico-conceitual a partir de situações-problema em pequenos grupos; e o eixo LMF (Laboratório Morfofuncional), onde se esmiúçam laboratorialmente conteúdos da anatomia e fisiologia humanas (Cezar, 2010).

Muitas coisas podem ser detalhadas acerca desse método de ensino, porém, por questão de objetividade, o foco da pesquisa será o eixo das *Ações Integradas em Saúde (AIS)*, justamente caracterizado pela abordagem em saúde pública nos serviços, desdobrando-se entre a saúde coletiva e o atendimento ambulatorial ao longo do curso. Destarte, a pesquisa visa analisar a percepção do estudante de medicina sobre o conceito, a relevância e as estratégias em promoção da saúde com base nas experiências ensino-aprendizagem de um currículo em ABP.

METODOLOGIA

A pesquisa é em caráter qualitativo e transversal, sendo realizada com alunos do curso de medicina de uma universidade privada na cidade de Fortaleza - CE, Brasil, no período de março a abril de 2016. Esses dois meses foram intensivamente destinados aos processos de pesquisa bibliográfica, coleta dos documentos escritos (ensaios avaliativos), categorização, análise e redação.

O público da pesquisa foi exposto indiretamente através de uma das estratégias avaliativas do curso, que é um ensaio reflexivo a versar sobre as experiências de aprendizagem durante o semestre letivo. Os ensaios foram coletados voluntariamente, sendo aos discentes explicados a confidencialidade, a não-maleficência e os objetivos da pesquisa. Os nomes dos estudantes foram devidamente ocultados. Tais documentos escritos foram coletados com a prévia permissão dos vinte discentes, abordados individualmente pelos pesquisadores.

A amostra foi composta por 20 ensaios, datados do semestre letivo 2014.2, consistindo tal número a partir de uma *amostragem por saturação* (Freitas, 2011), embora haja *reincidência de informações* para captação de padrões e de singularidades dos argumentos/ideias, ajudando no processo de categorização. Os conteúdos de tais ensaios descreviam a vivência dos estudantes durante as estratégias didáticas do módulo AIS II, onde foram feitas atividades envolvendo educação popular em saúde e promoção da saúde, principalmente em visitas domiciliares às famílias numa comunidade limítrofe com a universidade, a comunidade do Dendê.

Aceitam-se comumente menções à modalidade ‘ensaio reflexivo’, contudo há uma redundância, pois o ato de ensaiar um passo de dança, experimento laboratorial ou autoavaliação discente, implica em postura *reflexiva* ao abranger tentativas e, conseqüentemente, deduções, as quais são autorais e, por isso, relativamente autônomas. Dessa forma, a reflexão perpassa por tal processo: trata-se de uma opinião, mas fundada e prudente, pautada em observações e recortes teóricos. Por isso a adoção de ensaios como critério avaliativo discente nos módulos do curso deu-se por tal propriedade protagonizadora, onde a varredura bibliográfica mostra-se útil, mas não determinante no processo argumentativo. Dissertar sobre a experiência discente no decorrer das aulas práticas confere um teor tanto intimista – autoavaliativo e autocrítico – quanto etnográfico ao texto.

Tal modalidade avaliativa, pelo caráter heterodoxo, expõe pontos significativos no processo de aprendizagem, salientando-se conceitos prementes e um tom empático às vivências. A análise qualitativa acerca dos ensaios visa elencar

conteúdos comumente enaltecidos, vistos como catalisadores num processo educacional, e também expor fragilidades no processo formativo discente em medicina. Há duas considerações sobre a análise deste material: 1. o discurso dos alunos é endereçado ao professor, o que confere intencionalidades em sua composição; 2. a redação do ensaio é realizada no segundo semestre, quando os alunos ainda não possuem experiência na produção acadêmica de ensaios. Portanto, conteúdos que seriam prenes de aprofundamento analítico ficam à tona por mera inabilidade e, noutras vezes, conteúdos divagados são esforços retóricos para melhor avaliação pelo professor. Ciente desses vieses, cabe analisar as dubiedades e lacunas no processo de aprendizagem conceitual e atitudinal sobre promoção da saúde. Os teores dúbios e/ou sub-reptícios nesses discursos serão analisados com o auxílio da *observação participante*, já que há uma proximidade dos pesquisadores com as propostas pedagógicas do módulo e as respectivas atividades didáticas, sob três pontos de vista: docência, monitoria e alunado, ofertando diferentes campos de visão e de aproximação/distanciamento da realidade em pauta.

Na delimitação dos discursos dos alunos, busca-se apreender a percepção dos mesmos. Por *percepção*, entende-se um olhar intrínseco à pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica, onde há *tramas de significados*, e não necessariamente contenção cartesiana de conceitos. Trata-se de situar a cultura como teias de significados e sua análise “*não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa à procura de significados*” (Geertz, 2008, p. 15). Assim, elege-se uma “realidade” à custa da percepção, vigorando o que é socialmente pactuado como ‘verdadeiro’ e ‘concreto’.

A análise de discurso dos ensaios versará sobre cinco categorias: a) Conceito de Promoção da Saúde; b) Estratégias Didáticas; c) Aprendizagem & Impacto Pessoal; d) Aprendizagem & Impacto Profissional; e) Percepções sobre Vínculo e Empatia. Serão observados o *lugar* do discurso e sua *intencionalidade*, assim como o *não-dito* (Gomes, 2006), pois, por o discente estar em avaliação, não é necessariamente importante o que ele frisar, e sim o que ele deixará de dizer, quantos deles deixarão de dizer e porque deixarão de dizer. Na genealogia do discurso, pautam-se a referência ao significado, a alusão ao(s) sujeito(s), a associação com outros discursos e, por fim, o grau de institucionalização/materialidade do que foi enunciado (Fischer, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

a) Protagonismo sem palco: aparente dissociação entre Promoção da Saúde e de Atenção Primária.

Os módulos Ações Integradas em Saúde I e II sucedem-se nos primeiro e segundo semestres do curso de medicina, consistindo, como já dito, num espaço de contato e prática da assistência em saúde pública, indo da saúde comunitária/saúde da família às consultas ambulatoriais e à atenção terciária. Nos dois primeiros semestres, o foco é indubitavelmente a atenção primária e as respectivas estratégias de saúde comunitária e saúde da família, onde são apresentados os universos macro e micro do processo saúde-doença numa escala biopsicossocial, assim como os determinantes sociais em saúde no foco da Promoção da Saúde, as estratégias de abordagem domiciliar e os estudos de caso envolvendo famílias.

No primeiro semestre (AIS I), um dos principais intuitos é conhecer e apropriar-se dos conceitos de comunidade e família, havendo a visita à comunidade contígua ao campus – a comunidade do Dendê – e a visita a alguns domicílios para entrevista com moradores, nomeados como *pacientes-índices* para aplicação de ferramentas de estudo da família. Tais ferramentas averiguam a estrutura, funcionalidade e dinamismo dos arranjos familiares em pauta, possibilitando aos alunos não só a assimilação de um conteúdo como também a vivência com foco na habilidade de comunicação, no cuidado em saúde, na empatia e na alteridade.

No segundo semestre (AIS II), o foco são as intervenções em educação no contexto da Promoção da Saúde junto às famílias já acompanhadas no primeiro semestre, além de atividades com usuários em postos de saúde, rodas de conversas e terapia comunitária.

Na análise dos ensaios dos discentes, as temáticas de Promoção da Saúde e Educação em Saúde foram muito citadas, porém os aspectos da intersetorialidade e interdisciplinaridade foram omitidos. A razão de tal omissão deve-se realmente à parca assistência em rede social durante as visitas domiciliares, pois os contatos com o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Igrejas, lideranças comunitárias e unidade básica de saúde eram escassos e pouco resolutivos. Além disso, a lacuna da atuação interdisciplinar evidencia barreiras não apenas intersetoriais, mas dentro da própria universidade, entre os cursos de saúde, cujas “grades” curriculares mostravam a literalidade de significado: retendo e apartando professores, alunos e territórios entre os cursos de ciências da saúde.

Tais vácuos de vivências em torno da intersectorialidade e interdisciplinaridade fogem das deliberações dos docentes do módulo, pois trata-se muitas vezes de uma estruturação acadêmica e questões administrativas entre universidade, poder público e comunidade em médio e longo prazos, não sendo portanto uma causa cabal do módulo.

A ênfase na construção social da promoção da saúde foi bastante reforçada nos discursos, onde termos como ‘cuidado’ e ‘humanização’ não foram citados a esmo, ficando em primeiro plano um entendimento pragmático e estratégico de tal conceito, outrora tão abstrato e/ou romanceado no meio acadêmico brasileiro. A capacidade dos alunos de associarem tal conceito de Promoção da Saúde com inúmeras práticas ao longo do semestre letivo – Sala de Situação, Intervenção Escolar, Abordagem Domiciliar, Roda de Conversa, Sala de Espera e Terapia Comunitária – evidenciam uma boa desenvoltura argumentativa e empírica. Mas, além das lacunas em torno da intersectorialidade e interdisciplinaridade, tal conceito de Promoção da Saúde ficou dissociado da concepção de Atenção Primária, aparentando, na visão dos alunos, como uma prática menos institucionalizada e protocolada em termos de cobertura pelo serviço de saúde.

Houve menções à longitudinalidade, à vertente de educação popular freireana, à coadunação teoria-prática e ao paradigma colaborativo de assistência à saúde, mas, na descrição do método e protocolo de abordagem familiar, as menções não foram numerosas. A pouca alusão ao método, seja em descrição, elogio ou problematização, evidencia outra lacuna: desassociação de tal vivência acadêmica com a prática institucional na atenção primária. Perante os estudantes, pareceu

uma ação avulsa de cunho educacional, e não necessariamente profissional, como se não houvesse um manejo técnico e especializado a justificar tal atividade de ensino-aprendizagem.

Acerca disso, é pertinente uma contextualização em torno da comunidade assistida e do respectivo município do Fortaleza referente à Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois há a parca historicidade de Fortaleza neste nível de atenção, datado a partir de 2004. Sob esse panorama, a dinâmica da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Mattos Dourado, contígua à universidade, mantinha à época da vivência (2014) uma média de visitas domiciliares aquém das outras unidades. Isso minava a estratégia de longitudinalidade prevista no acompanhamento das famílias ao longo de dois semestres do curso de medicina.

Além disso, a atual gestão municipal propôs um atendimento à demanda espontânea em larga escala nas UAPS, cancelando turnos livres para atividades de educação em saúde, busca ativa e visitas domiciliares. Estes turnos eram respaldados na gestão passada, embora não necessariamente tais fins fossem plenamente respeitados pelos profissionais e gestores. O que a atual gestão fez foi transformar tais “turnos livres” em atendimento médico via demanda espontânea, comprometendo as iniciativas em torno da longitudinalidade, busca ativa/monitoramento, grupos de educação em saúde e visitas domiciliares, atributos estes singulares à atenção primária. Este rápido contexto é somente para pincelar a falta de apoio institucional das visitas domiciliares feitas pelos alunos, já que, mediante necessidade de reforço da visita domiciliar por uma equipe de ESF, dificilmente havia algum retorno por parte da unidade de saúde.

Além disso, ainda focando-se na UAPS Mattos Dourado, tal unidade, a partir de 2007, posicionou-se como porta de entrada para os hospitais de atenção secundária e terciária, e incluindo aí o Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI), que é o hospital da universidade, outrora de livre acesso da população da comunidade do Dendê a residir no entorno do campus. Dessa forma, antes de 2007, a população sequer precisava se submeter ao sistema de agendamento de consultas via SUS. Tal reestruturação do serviço, indexando o NAMI à rede SUS, soou como se a UAPS fosse um “empecilho” para o acesso ao hospital, fato que provocou uma insatisfação na população quanto à unidade e, portanto, o elo colaborativo entre gestão, profissionais e usuários, ao menos nos moldes da atenção primária, é ainda tímido e repleto de desinformação. Portanto, aos alunos eram poucas as menções das famílias assistidas sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a existência de Conselhos Comunitários de Saúde, as visitas domiciliares e a atuação do médico de família.

Outro ponto significativo seria a baixa articulação política dos moradores via lideranças comunitárias. Tal desagregação entre as múltiplas lideranças, além do desinteresse dos moradores pelas mesmas e, por fim, o desconhecimento de todos sobre ‘atenção primária/saúde da família’ e ‘conselhos comunitários de saúde’, reflete um baixo *capital social* da comunidade, sendo esta lacuna registrada continuamente nas famílias visitadas, onde se atesta a pouca reciprocidade destas com a vizinhança, equipamentos sociais e lideranças comunitárias.

Assim, a atenção primária passou ao largo nos ensaios analisados. Ironicamente, o objetivo de aprendizagem primordial nesta vivência de visitas domiciliares era ilustrar tal nível de atenção. Portanto, para além da própria estratégia de ensino-aprendizagem, a baixa menção à estratégia de saúde da família nos ensaios revela a necessidade de contextualização dos discursos, estes circunscritos em dada época e localidade e reproduzidos por dados atores sociais, no caso, os discentes do curso de medicina. Neste aspecto, a redação dos ensaios, mais do que mencionar as atividades em sala, enfocou sub-repticiamente, pelo discurso do ‘não dito’, os revezes da atenção primária na comunidade do Dendê e, de forma mais geral, no município de Fortaleza.

b) Protagonismo sem subjetividade: aparente dissociação entre aspectos pessoais e profissionais em Promoção da Saúde.

O foco profissional foi bem elucidado nos ensaios, evidenciando reverberação teórica e pragmática. Em termos de formação acadêmica em medicina, tal vivência foi validada.

Quanto aos acréscimos pessoais a partir de tais vivências, prevaleceram ideias ligadas ao altruísmo, cidadania, participação social, alteridade e relativismo cultural, havendo alusão clara à ação não como filantropia, e sim como atitude reflexiva diante da desigualdade e vulnerabilidade sociais. Contudo, em proporcionalidade aos relatos sobre formação profissional, houve bem menor menção ao acréscimo pessoal. Neste contexto, extraem-se duas hipóteses: 1) Pouca ênfase no autocuidado na formação médica, e

2) Apropriação mais técnica e acadêmica da Promoção da Saúde do que propriamente uma identidade e/ou postura reflexiva de tal conceito.

O conteúdo livre do ensaio, redigido em texto corrido, possibilitou a inclusão de diversas experiências e reflexões. Porém, mesmo num texto de construção mais espontânea, com nítido apelo à postura reflexiva e intimista, o acréscimo profissional suplantou, e muito, as questões de ordem socioafetiva. Daí evidencia-se a hipótese de que não houve uma apropriação e ressignificação do discurso sobre promoção da saúde ao partir-se do pressuposto de que toda vivência, para ser plena, passa por um processo de autoavaliação e aprendizagem significativa, implicando-se aí a afetividade e a motivação intrínseca.

Seguindo essa mesma linha, houve poucas menções aos conceitos de vínculo, congruência e empatia, advindo hipótese de que a empatia, a congruência e o vínculo ainda se ambientam num viés ambulatorial e clínico, e, por isso, numa abordagem familiar/domiciliar, a relação interpessoal toma ares de ‘informalidade’, desobrigando-se, na visão do aluno, o uso desses conceitos noutros cenários.

Aprofundando a explicação dessa hipótese, a partir de 2014, as visitas domiciliares muniram-se de certos protocolos, principalmente no caso das intervenções junto às famílias, porque tais ações conduziam-se, algumas vezes, sob meros espectros de “boas intenções”, de “fazer o bem”. Tais percepções traziam à tona efeitos colaterais. Dentre esses efeitos, três tipos de condutas discentes: 1. esforço incondicional pela família num tom de filantropia e assistencia-

lismo; 2. Desobrigação de algumas ações por não haver um protocolo avaliativo, resignando-se à postura da “camaradagem” e “conversa descontraída” e 3. gradual desânimo perante limitações dos serviços de saúde, disfuncionalidade da família e/ou pouco conhecimento clínico discente.

No segundo semestre, a intervenção em saúde ambientada num domicílio e englobando uma família compromete uma visão clássica da medicina na consulta ambulatorial, no ambiente hermético de um consultório e em abordagem individual. O currículo em PBL, subentendendo-se os eixos AIS e Laboratório de Habilidades Médicas (LHM), dialoga em escala teórica e metodológica por intermédio dos conceitos de empatia, congruência e vínculo na relação médico-paciente. Contudo, pode-se conjecturar que tal formação seja ensimesmada no âmbito clínico através dos OSCES (consultas simuladas com pacientes-atores). Dessa forma, a mera interface entre os eixos AIS – LHM na associação conceitual em torno da empatia/vínculo terapêutico foi pouco percebida na análise dos ensaios porque houve uma mudança em três vertentes nos cenários de prática: 1. do consultório para o domicílio; 2. da anamnese clínica para a educação popular em saúde; 3. do indivíduo enfermo para o contexto familiar. Tais mudanças mimetizaram o conceito de empatia, congruência e vínculo, dificultando-lhes a plena compreensão. É como se os mesmos soassem aos alunos mais como protocolo de consulta do que como atributo pessoal a ser lapidado e aplicado cotidianamente, isto é, algo mais na ordem da heteronomia/objetividade do que da autonomia/subjetividade.

Tal constatação sinaliza conceitos mais susceptíveis aos protocolos de atendimento do que ao exercício da congruên-

cia e da formação ética em saúde. Daí desmistifica-se que não é necessariamente a prática a tornar eficaz a aprendizagem e a percepção em torno da relação médico-paciente. Além disso, tal parcialidade e/ou superficialidade na aplicação do conceito de empatia/congruência/vínculo terapêuticos não tem como causa a abordagem em PBL, e sim todo um processo histórico de formação médica.

Assim, a dimensão da aprendizagem em promoção da saúde revela-se complexa: na tentativa de subjetivá-la, corre-se o risco de perda do foco; na tentativa de objetivá-la, corre-se o risco da perda de sentido e autonomia. *Aprender* não necessariamente significa *apreender* algo. O processo de aprendizagem perpassa pela socialização, memória, experiência, conhecimento prévio e motivação intrínseca. Fala-se em *processo* porque envolve as concepções de tempo, constância, integração e sistematização das informações assimiladas. Sob o parâmetro de uma abordagem fenomenológica, não há ‘captura’ de um objeto ou fenômeno pela consciência, e sim uma trama relacional na qual sujeito e objeto entrelaçam-se (Ewald et al., 2008). Portanto, o processo de aprendizagem não parte de um atributo cognitivo em suas dimensões físicas. Na verdade, tais dimensões veiculam o aprendido, mas dinamizando-se e potencializando-se a partir de sensações, experiências e significados, compondo uma matriz subjetiva. Mais do que sinapses ou órgãos sensoriais, a construção de percepções não tem um local definido no encéfalo, e tampouco um ponto de partida, um “marco zero”, já que descende de um conhecimento preexistente a partir da memória.

Uma intervenção em saúde sem reflexão prévia e/ou posterior estaria fadada à caridade ou à impulsividade, isto é, uma assimetria a sacrificar a relação enquanto *existência* (Eu-Outro-Mundo). É nesse mote que as coordenadas da *teoria* e do campo *sócio-histórico* são citadas no balizamento das ações. Não existe aprendizagem inteiramente autônoma. Existe processo de aprendizagem diletante, mas nunca totalmente autônomo. Sempre se está aprendendo por exemplos admiráveis, por inclinações competitivas, por recursos didáticos preconcebidos e por conhecimentos prévios no jogo de equilíbrio piagetiano. A lacuna foi identificada, embora não seja este o espaço nem o momento para maiores especulações pedagógicas.

c) Apontamentos sobre vivência e alteridade na educação em saúde

Além das visitas domiciliares com foco na promoção da saúde em contexto familiar, há a atuação em escolas de ensino infantil a englobar temáticas sobre sexualidade, drogas e violência, assuntos elencados pela própria diretora da escola em fala aos discentes de medicina. Tais temáticas foram apontadas ora como desconcertantes, ora como desafiadoras pelos discentes. Numa síntese, imperou a desaprovação por conta dos objetivos parcialmente alcançados na vivência. Nas entrelinhas dos discursos, a maior frustração foi lidar com uma percepção de infância afora das expectativas vigentes: onde se esperava maus-tratos, se viu crianças reproduzindo atos de violência; onde se esperava ingenuidade, se viu

conhecimentos sobre assuntos delegados ao universo adulto. Neste ponto, tais práticas em educação em saúde eram dificultadas 1. pela inaptidão dos discentes no manejo educativo com crianças e 2. pelas conflituosas representações sobre infância e pobreza dentre professores do ensino infantil, discentes e crianças. Intervenções como essas tiveram pouca resolutividade em termos de educação em saúde/promoção da saúde, mas sentiu-se um impacto referente à ‘alteridade’ quando os discentes de medicina se confrontaram com uma prática de educação em saúde a contrariar o senso-comum.

Ao contrário da intervenção na escola infantil, a vivência numa terapia comunitária envolvendo aflições no cotidiano dos discentes, num modelo de roda de conversa, percebia-se o pleno “controle” sobre os assuntos a serem abordados e o papel pactuado de cada ator social, ou seja, o papel do ‘professor’ e do ‘aluno’. Na Sala de Espera, onde se abordavam usuários nos serviços de saúde com foco na educação em saúde, também havia papéis bem definidos entre ‘discentes’ e ‘usuários do SUS’, sendo um diálogo pautado em posições sociais bem definidas e corroborando expectativas. Nas intervenções junto às famílias, o acompanhamento deu-se ora correspondendo às expectativas, ora contrariando-as, mas ainda mantendo a distinção dos papéis sociais.

Daí, não se pode intervir numa prática em promoção da saúde sem haver consciência do conceito de alteridade, empatia e congruência, pois o que mais afetou os discentes não foi a ineficácia da intervenção ou a labuta em lidar com as crianças, e sim não saber lidar com o diferente, a alteridade. Na análise dos ensaios, o incômodo dos alunos refletia um tom prenhe de remorso “moral”. Temáticas como vio-

lência, sexualidade e drogadição evocaram o discurso da *culpabilização*. Por mais que as estratégias de intervenção pimassem pela captura de conhecimentos prévios das crianças e de uma abordagem lúdica e introdutória sobre tais temas, o discurso da ‘culpabilização’, na linha do *não dito*, apontava ora para a professora da escolinha, ora para as crianças, ora para si próprio, ora para o módulo AIS II:

Este momento foi desagradável para mim, pois além de ter me irritado com o fracasso do nosso esforço, fiquei impressionada de forma negativa com o grau de conhecimento do tema [sexualidade] por parte das crianças, pois, quando eu tinha a idade delas, sequer sabia um quarto do que elas sabiam. Tentei ser imparcial e entender o contexto que as crianças vivem, porém minha educação conservadora e moralista não me permitiu sentir confortável naquele contexto. (Aluno L.B.F.M.).

[...] um impasse com a professora da turma das crianças acabou prejudicando a intervenção proposta. Isso gerou um clima de mal-estar no grupo, pois nossa intervenção estava de acordo com os questionamentos das crianças. Questionamentos esses, que evitados não contribuem positivamente para a educação dos mesmos. De qualquer forma, intervir com esse público e esse tema foi um enorme desafio para a turma, mas avalio que fizemos um bom planejamento participativo e os objetivos

foram em sua maioria alcançados (L.R.S, 2014.2).

Uma semana depois a diretora da escola Yolanda Queiroz veio nos apresentar uma problemática que muito a afligia: a sexualidade precoce dos estudantes. Contou alguns exemplos envolvendo crianças de cinco anos (para o nosso horror) e pediu que a intervenção da nossa turma girasse em torno disso. (L.M.B.L., 2014.2).

Tais discursos revelam que a intervenção com crianças precisa ser lapidada pelos docentes não na metodologia da execução, e sim no momento posterior, na abordagem do discente sobre o que se compreendeu por alteridade, congruência e empatia. Nesse caso, esses três conceitos não foram, em nenhum momento, mencionados em escala interpessoal ou intrapessoal, permanecendo a visão pragmática “do que deu errado”, em vez de “o que entendo como erro” e/ou “como lidar com o erro”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na percepção dos alunos no segundo semestre do curso de medicina, as estratégias de educação em saúde apareceram como deslocadas do protocolo da atenção primária, além de alheias às searas da intersectorialidade e interdisciplinaridade. Nos ensaios analisados, questões de ordem intimista e autoavaliativa sobre qualidade de vida, relações interpessoais e sentido ao aprendizado foram pouco enfocadas. A impressão é que não houve introjeção do conceito de promoção

da saúde, apesar da plena consciência discente sobre responsabilidade social, altruísmo, educação popular e relativismo cultural exercitados nas intervenções em saúde no contexto familiar. Não se identificou a plena apropriação do conceito de promoção da saúde por conta de uma carga histórica e paradigmática da educação médica ainda a resvalar os discursos sobre cuidado em saúde para as esferas curativa, hospitalar, individual e especializada. Além disso, o contexto de desmonte da logística de atenção primária no município de Fortaleza, que há apenas dez anos passou a contar com uma estrutura de atenção básica, influenciou para a parca inserção dos discentes nas equipes de ESF, cedendo uma impressão menos institucional às visitas domiciliares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

IGLESIAS, A.; DALBELLO-ARAÚJO, M. **As concepções de promoção da saúde e suas Implicações. Caderno de Saúde Coletiva**, 2011, Rio de Janeiro-RJ, 19 (3): 291-8.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. do. **Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 7, n.12, p. 91-112, 2003.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. **Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan-abr, 2004.

MENICUCCI, T. M. G. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 21, n. 1, jan-mar. 2014, p. 77-92.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, v. 13, supl. 1, p. 771-80, 2009.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. **Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado.** *Saúde Soc.* São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BARROS, D. F.; BARBIERI, A. R.; IVO, M. L.; SILVA, M. G. O Contexto da Formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis-SC, 2010, Jan-Mar; 19(1): 78-84.

CEZAR, P. H. N.; GUIMARÃES, F. T.; GOMES, A. P.; RÔÇAS, G.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Transição Paradigmática na Educação Médica: Um Olhar Construtivista Dirigido à Aprendizagem Baseada em Problemas.** *Revista Brasileira de Educação Médica* 32 (4) : 298 – 303 ; 2010.

GOMES, A. M. T. **O Desafio da Análise de Discurso: os dispositivos analíticos na construção de estudos qualitativos.** *Revista de Enfermagem, UERJ*, Rio de Janeiro, 2006 out/dez; 14(4): 620-6.

FISCHER, R. M. B. Foucault e a Análise do Discurso em Educação. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 197-223, novembro/ 2001.

FREITAS, I. C. F. et al. Pesquisa Qualitativa em Saúde: um olhar inovador sobre a produção do conhecimento científico. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. 1001-1012 out./dez. 2011.

GEERTZ, C. Uma Descrição Densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: _____. **A Interpretação das Culturas.** 1ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

EWALD, Ariane P; DANTAS, Jurema de Barros; GARCIA, Fernanda Alt Fróes; GONÇALVES, Rafael Ramos. Fenomenologia e Existencialismo: articulando nexos, costurando sentidos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, ano 8, no. 2, p. 149-165, 2008.

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ÓTICA DOS USUÁRIOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Valéria Cristina Estevam de Almeida, Mariana Ramalho de Farias,
Paulo Leonardo Ponte Marques, Lucianna Leite Pequeno, Luiza Jane
Eyre de Souza Vieira, Maria Vieira de Lima Saintrain

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Promoção da Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, apresenta em sua base os referenciais teóricos internacionais e os provenientes do movimento de reforma sanitária brasileiro. Define promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, tanto na perspectiva individual quanto coletiva, a partir da articulação e cooperação intersetorial em redes de atenção à saúde, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2014).

A evolução histórica aponta que o relatório Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians*, é considerado um dos marcos na direção da promoção da saúde, reconhecendo a incapacidade do sistema tradicional, com foco no indivíduo, modelo médico-hospitalar, tratamento das doenças e uso de equipamentos, em modificar a situação de saúde das populações. Esse documento embasou o processo de discussão e construção coletiva em várias partes do mundo,

sendo publicadas cartas e declarações a partir de conferências que abriram o caminho para uma abordagem positiva em saúde (LALONDE, 1974; BUSS, 2000; BRASIL, 2002).

Essa temática ganha ampla notoriedade com a publicação da Carta de Ottawa (1986), elaborada a partir da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Nesse documento, a promoção da saúde é definida como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Essa carta indica que os indivíduos e grupos devem identificar as próprias necessidades e modificar o meio ambiente em busca de satisfazê-las, considerando a saúde como um recurso para a vida e não uma responsabilidade exclusiva do setor saúde.

Nesse contexto, o atual conceito de saúde resgata a importância das dimensões econômica, social e política no processo saúde-doença da coletividade, buscando práticas que possibilitem romper com o paradigma biomédico. Essa visão ampliada é pautada por grandes desafios na prática dos profissionais de saúde, necessitando atuação com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, sendo capaz de planejar e desenvolver novas formas de intervenção que perpassam e transcendem as ações isoladas em saúde (PEREIRA; OLIVEIRA, 2013; NETO, 2000).

Na organização dos serviços de saúde, a atenção primária constitui-se de um conjunto de práticas voltadas à promoção e à proteção da saúde, responsabilizando-se pela atenção à saúde dos usuários, ofertando ações intersetoriais individual e coletiva, a partir de uma abordagem integral

com foco nas necessidades da população. É responsável pelo primeiro contato do usuário com o serviço, coordenação do cuidado e organização do sistema de saúde (LAVRAS, 2011; STARFIELD, 2002).

No Brasil, a atenção primária à saúde tem equivalência na atenção básica, cuja estratégia prioritária para reorganização, expansão, qualificação e consolidação é a Estratégia Saúde da Família, a qual deve seguir as diretrizes do SUS, considerando as especificidades locais e regionais. Essa estratégia reorienta o processo de trabalho a partir de equipes multiprofissionais para ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde da coletividade. Neste contexto, tem como um dos seus fundamentos o estímulo à participação dos usuários como forma de ampliação da autonomia e da capacidade de construção do cuidado à saúde das famílias em um território definido, visando ao enfrentamento dos determinantes sociais em saúde (BRASIL, 2011).

Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família se fundamenta no referencial da promoção da saúde e desconstrói o foco nas ações assistenciais, permitindo uma atuação ampla e voltada para a melhoria da qualidade de vida da população. As intervenções não se restringem aos problemas de saúde, mas favorecem a transformação da sociedade a partir deles (GONDIM et al., 2011).

Para isso, duas abordagens predominam no campo da promoção da saúde. A primeira relaciona-se à educação em saúde, dirigida a mudanças comportamentais e individuais no estilo de vida. A segunda reporta-se ao conceito ampliado de saúde, resultante de múltiplos fatores condicionantes e determinantes sociais que protagonizam o cenário e in-

fluenciam o modo de viver das famílias. Embora reconheça o quão seja complexo intervir relacionando as diversas dimensões conceituais da saúde - saneamento, educação, trabalho, renda, transporte, moradia, lazer, entre outros -, esta abordagem centra-se no potencial da coletividade e na necessidade de articular o setor saúde com os demais setores que respondem pela efetivação de políticas públicas. O ponto central é buscar a convergência entre as abordagens, considerando o contexto no qual essa população está inserida para que tenha capacidade de agir em benefício próprio (TEIXEIRA et al., 2014; CZERESNIA, 2004; CARVALHO, 2004).

No entanto, para que esse movimento supere a barreira do discurso, necessita do suporte de dois conceitos básicos em Promoção da Saúde, o empoderamento, do inglês *empowerment*, e a autonomia. O primeiro está relacionado com o fortalecimento econômico, político, social e cultural da coletividade, possibilitando a aquisição de emancipação para superar as normatividades burocráticas e dominação política. Já a autonomia se refere ao direito de escolha, de forma esclarecida e livre entre as alternativas possíveis. Desta forma, o indivíduo e os grupos se tornam responsáveis e decidem o que querem para si a partir de seus valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças pessoais (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

Diante dessa conjuntura, considerando que um modelo baseado na promoção da saúde é construído no cotidiano das relações sociais, o capítulo objetivou avaliar o conhecimento dos usuários inseridos no território de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF), quanto aos conhecimentos e práticas de Promoção da Saúde.

METODOLOGIA

Estudo com abordagem qualitativa desenvolvido na UBASF Terezinha Parente, localizada na comunidade do Curió, Regional VI, Fortaleza, Ceará, no Nordeste do Brasil. De acordo com o Censo do IBGE, em 2010, sua área abrange 2.224 domicílios com um total de 7.603 habitantes (0,31% da população de Fortaleza), havendo pequena predominância do número de mulheres em relação aos homens. Quase 70% dessa população é composta por jovens e adultos na faixa etária de 15 a 64 anos.

Os participantes do estudo foram selecionados a partir do território de abrangência (moradores da comunidade) e utilização dos serviços da Estratégia de Saúde da Família, sem quaisquer tipos de restrição quanto ao gênero, idade, raça, religião, escolaridade, estado civil, assim certificando a universalidade defendida pelos princípios do SUS. A participação foi voluntária e todos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ressaltando-se o sigilo e confidencialidade dos dados, assim como desistência em qualquer momento da pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada por dois alunos bolsistas do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Saúde da Família (PET-SF) da Universidade de Fortaleza, devidamente treinados e supervisionados pelo preceptor. Utilizou-se a entrevista como técnica de coleta, sendo esta realizada em uma sala reservada na própria UBASF, tomando o cuidado de permitir a livre fala dos entrevistados. Para tal, foi utilizado um roteiro semiestruturado composto por dois blocos. O primeiro formado por questões relacionadas ao perfil

sociodemográfico dos participantes (idade, estado civil, escolaridade, religião, ocupação, renda, número de pessoas que residem no domicílio) e o segundo bloco foi formado por questões norteadoras envolvendo conhecimento, participação e impacto relacionados à promoção da saúde. Utilizou-se também o diário de campo para registro de fatos, observações e percepções dos pesquisadores no momento da coleta.

De acordo com Minayo (2014), a quantidade adequada de entrevistas deve ser aquela que tenha a capacidade de refletir a totalidade das dimensões investigadas e, nesse sentido, com base na saturação da temática pesquisada, um total de 57 participantes foi incluído no estudo.

Os dados referentes ao perfil social e demográfico foram organizados, inseridos e consolidados no software Microsoft Excel® 2013; os oriundos das entrevistas foram registrados em gravador digital e transcritos para o software Microsoft Word® 2013.

O material foi analisado segundo a proposta operacional da Análise de Discurso proposta por Orlandi (1996:11), que a define como:

Uma proposta crítica que busca problematizar as formas de reflexão estabelecidas (...) pressupõe a linguística, mas se destaca dela (...) considera como fato fundamental a relação necessária entre a linguagem e o contexto de sua produção (...) procura problematizar as evidências e explicitar seu caráter ideológico, revela que não há discurso sem sujeito e nem sujeito sem ideologia.

E seguiu a seguinte ordem (ORLANDI, 1999):

- 1) Análise das palavras do texto (separação dos termos constituintes, análise dos adjetivos, dos substantivos, dos verbos, dos advérbios);
- 2) Análise das construções de frases;
- 3) Construção de uma rede semântica, intermediária entre o social e a gramática;
- 4) Consideração da produção social do texto como constitutivo de seu sentido.

Desta forma, as falas dos entrevistados passaram por um processo de leitura exaustiva, sistematização dos relatos e identificação dos elementos narrativos principais, ao mesmo tempo em que foram verificadas as observações registradas no diário de campo, com sistematização dos registros e identificação de temas.

Para a definição das categorias conceituais e guias para análise, buscou-se apreender melhor os discursos por meio de recortes das falas dos entrevistados, proporcionando a compreensão do objeto em estudo como parte de um contexto em constantes modificações tecnológicas e sociais.

Por fim, foram definidos os guias para análise, assim denominados: **Modelo Biomédico, Educação em Saúde, Ações Campanhistas.**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em seres humanos da Universidade de Fortaleza – Pesquisa em seres humanos da Universidade de Fortaleza – Unifor com parecer de nº 270/2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico evidenciou que a maioria dos participantes era do sexo feminino (93%), na faixa etária de 21 a 40 anos (42%), casado (61%) alfabetizado (91%), renda entre um e dois salários mínimos (56%), católicos (61%). Quanto à ocupação, observou-se que 33% referiram ser “do lar” e outros 33% com ocupação formal.

Essa caracterização permite uma visão geral sobre os determinantes sociais da saúde, onde o “social” é considerado na análise e compreensão do processo saúde-doença, rompendo com a visão fragmentada que isola a noção de saúde dos seus fatores condicionantes e causalidades. Desta forma, os atributos de uma população servem como uma base sustentável na construção histórica de conhecimentos, práticas e valores (GARBOIS et al., 2014).

MODELO BIOMÉDICO

O preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde afirma que a saúde é um dos princípios basilares para a felicidade dos povos, definindo-a como o “completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença” (WHO, 1946). Embora seja considerada imprecisa, esta definição supera a visão simplificada e reducionista da saúde como mera ausência de doença.

No entanto, o modelo biomédico ainda é visivelmente carregado no discurso dos participantes, que conceituaram Promoção da Saúde sob o ponto de vista do atendimento individual e relação positiva entre médico e paciente:

“Eu acredito que seja um atendimento mais próximo das casas, atendimento nos postos, nos hospitais mais próximos, eu vejo assim” (Entrevistado 39).

“Promoção pra mim é quando eu sou bem atendida pelos médicos... sou consultada... só que não vale ser só consultada, né? Tem que passar remédio, fazer alguma coisa além da consulta pra manter minha saúde” (Entrevistado 12).

“É ajudar as pessoas a evitar doença” (Entrevistado 4).

Esses discursos contrariam a perspectiva da saúde enquanto equilíbrio entre fatores determinantes e condicionantes, reduzindo-a a uma visão simplista, dicotômica, uniaxial, dependente dos serviços de saúde e incapaz de agir para a transformação da realidade (FREITAS; PORTO, 2011).

A concepção norte-americana de saúde tem essas características em suas raízes e influenciou o processo de trabalho nas unidades de saúde no Brasil. Embora isso tenha acontecido até a década de 80, percebe-se que, mesmo havendo uma ampliação do discurso da Promoção da Saúde pós Constituição de 1988, as ações de assistência clínica, hospitais, serviços de urgência, consultórios são enfatizados frente aos programas preventivos e de controle das doenças, peculiar na Atenção Primária à Saúde (TESSER et al., 2010).

Almeida Filho e Jucá (2002) consideram que as condutas dos profissionais da saúde são constituídas culturalmente no cotidiano dos serviços de saúde, orientadas a partir de

percepções silenciosas que são manifestadas sob a forma de atos assumidos desde a clínica até os espaços de formulação de políticas. No entanto, Pereira e Oliveira (2013) ressaltam que nem mesmo entre os profissionais de saúde o conceito de Promoção da Saúde se aproxima da ênfase no esforço da comunidade para melhorar suas próprias condições de vida. Essa ruptura demanda uma nova direcionalidade na formação a partir da incorporação de novas práticas voltadas para as necessidades sociais em saúde, que possibilitem aptidão para realizar ações conjuntas e articuladas.

No contexto da promoção da saúde há que se trabalhar a educação permanente dos profissionais para práticas voltadas à “desmedicalização”, pois muitos usuários acessam os serviços de saúde pela cultura do consumismo. Nesse sentido, a equipe deve estar preparada para sensibilizar a população continuamente, visto que a mudança de comportamento representa um enorme desafio, mas pode ser facilitada com o vínculo e conhecimento da dinâmica psicossocial, econômica e cultural (TESSER et al., 2010).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

No processo de sensibilização dos sujeitos, a educação em saúde se constitui uma prática fundamentada em ações que devem buscar articulação entre as representações sociais e a experiência da doença. Desta forma, possibilita um processo educativo expressivo, com capacidade de provocar mudanças (GAZZINELLI et al., 2005).

Certa aproximação com os conceitos de educação em saúde foi percebida nas falas dos sujeitos, os quais conside-

raram o aspecto positivo das ações de Promoção da Saúde: “- Serve para informar as pessoas e incentivar para melhorar a saúde”. (Entrevistado 9); “Acho que é uma tentativa de... de sensibilizar a população, pra área de saúde melhorar e as coisas fluírem melhor”. (Entrevistado 11)

O “incentivar” e o “sensibilizar” extraídos da percepção dos sujeitos se relacionam com os princípios da educação para saúde enquanto estratégia que vai além da assistência curativa, permitindo priorizar as ações preventivas e promocionais que estimulem a população a conquistar o estado de saúde almejado (ALVES, 2004). Destaca-se a ênfase no coletivo ao se associar o conceito de Promoção da Saúde a uma medida de âmbito populacional e não apenas individual. Um entrevistado apontou a importância da educação para a progressão do “nível de saúde”, sugerindo a ampliação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS):

“Ah, seria bom que mais agentes de saúde visitassem as casas, se melhorassem o atendimento pra melhorar o nível de saúde, né? Se propagarem mais informações pra que as pessoas não fiquem leigas”. (Entrevistado 11)

Na Estratégia Saúde da Família, o Agente Comunitário de Saúde realiza ações que desencadeiam no envolvimento pessoal com a comunidade, valorizando os sentidos desenvolvidos com a cultura e costumes locais. A partir da interação com as pessoas, seu trabalho visa integrar o saber popular com o conhecimento técnico para favorecer a transformação

de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias, incluindo saneamento básico, destino do lixo, condições de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência familiar, drogas, acidentes, entre outras (BUSS, 2000; BRASIL, 2009).

Nessa perspectiva do intercâmbio de informações e atuação sobre os determinantes sociais em saúde, destaca-se a fala abaixo:

“Eu participei da campanha de conscientização sobre a água no colégio que promoveu uma feira de ciências... e na comunidade eu ajudava as crianças na sede comunitária com trabalho voluntário” (Entrevistado 39).

Cabe aos profissionais de saúde identificar espaços e ações locais de emancipação social e buscar apoiá-las. Poderes, conhecimentos e direitos locais se diferenciam da determinação absoluta, técnica, por vezes utópica, do conhecimento científico, garantindo ampla penetração no cotidiano da comunidade e constituindo-se, portanto, como de grande importância para a promoção da saúde (FREITAS; PORTO, 2011).

ACÇÕES CAMPANHISTAS

Durante o século XX, a história do Brasil iniciou sua atuação na saúde da população por meio do modelo sanitário campanhista, marcado pelo autoritarismo e o uso de força para intervir no processo-saúde doença. Décadas de-

pois, mesmo que essa proposta de coletivização tenha perdido força e confirmada como insuficiente para melhoria das condições de saúde, ainda resta no imaginário popular a sua essência (MENDES et al., 2011).

Isso ganha relevância quando se observam as dificuldades de ampliação das intervenções para além do setor saúde, reforçada pela fragilidade dos serviços públicos e obstáculos enfrentados pelos profissionais para o planejamento de ações integradas (TEIXEIRA et al., 2014). No contexto do discurso, ressalta-se o desconhecimento dos sujeitos sociais sobre a profundidade das ações de promoção da saúde, visto que estas são limitadas a campanhas de imunização, visitas domiciliares, campanhas educativas ou grupo de apoio: “Sim, de campanhas de vacinação” (Entrevistado 15); “Sim, tomei vacina quando estava gestante e participei do grupo de gestantes” (Entrevistado 39); “Já recebi visita de uma equipe na minha casa para cadastrar o pessoal lá de casa” (Entrevistado 16); “Sim. Participo do Grupo de Hipertensos” (Entrevistado 14). “Durante a visita domiciliar recebia apoio, orientações, acompanhamento. Assim é mais fácil prevenir as doenças com esses conhecimentos” (Entrevistado 25).

É necessário salientar que, na perspectiva de orientação da população, as ações de promoção de saúde não podem estar limitadas a mudanças nos estilos e comportamentos de vida, e sim complementadas ao se respeitar os indivíduos e famílias, mesmo que apresentem posição divergente em relação às “atitudes saudáveis” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

No entanto, o discurso dos sujeitos sugere a realização de ações que buscam essa doutrinação a partir de conheci-

mentos científicos e mudanças no estilo de vida a partir de transferência de informações:

“Trazem informações para as pessoas conhecerem melhor as doenças, saberem como se prevenir, adquirir mais informações. Na minha vida, se recebo informação é claro que minha vida melhora” (Entrevistado 16).

“Por que traz a conscientização da pessoa. No grupo de hipertensos, se as pessoas seguissem os conselhos com a alimentação, não ficariam doentes. É o que acontece comigo” (Entrevistado 14).

Sazaki e Ribeiro (2013) indicam que, mesmo com a evolução do conceito de saúde ao longo dos anos, persistem limitações para a efetivação das práticas de promoção da saúde na comunidade. Portanto, dada a complexidade do trabalho em saúde, os profissionais precisam estar preparados para atuar em atividades conjuntas e intersetoriais, não se restringindo somente aos grupos de risco e cura de doenças.

No entender de Malta et al. (2014), enquanto estratégia para produção social de saúde, a promoção da saúde deve articular as políticas públicas que influenciam direta e indiretamente o modo de viver das populações, estabelecendo relação harmônica no reconhecimento dos problemas do contexto e suas causas, e buscando favorecer a participação de todos os atores envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os discursos dos sujeitos refletem conceitos e ações restritos a prevenção de doenças, a maioria de forma individual. Embora não reconhecida e valorizada à altura, as ações apontadas como de promoção da saúde desempenham papel fundamental na melhora e atenuação das condições caóticas que regem a rotina das comunidades.

Os atores, em sua simplicidade e limitações, afirmam não conhecer o conceito formal de um aspecto tão presente em suas vidas, mas demonstram conhecimento rico e extenso sobre a realidade que os cerca. Os profissionais de saúde precisam aproximar a população desse universo e propor uma atuação com base em estratégias intersetoriais que possibilitem os sujeitos refletirem sobre o ambiente que vivem e decidirem coletivamente sobre a necessidade de melhorar as próprias condições de saúde e vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002.

ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

_____. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relação entre riscos e práticas de saúde. **Cad saúde pública**, v. 20, n. 2, p. 447-455, 2004.

FREITAS, J. D. D.; PORTO, M. F. Por uma epistemologia emancipatória da promoção da saúde. **Trab. educ. saúde**, v. 9, n. 2, p. 179-200. 2011.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO, A. M. Social determinants of health: the “social” in question. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 11-19, 2014.

GAZZINELLI, M. F.; GAZZINELLI, A.; DOS REIS, D. C. DE MATTOS PENNA, C. M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

GONDIM, A. P. S.; SOUSA, R. A.; VIEIRA, L. J. E. S.; OLIVEIRA, A. K. A.; MARCELO, M. E. M. F.; VIEIRA, A. P. G. F. Saúde da Família como estratégia de articulação de saberes e práticas. In:

SILVA, R. M.; JORGE, M. S. B. **Cuidado em saúde: desafios e práticas**. Fortaleza: EdUECE/UNIFOR, p. 273-289, 2011.

LALONDE M. A new perspective on the health of Canadians. **Ottawa: Health and Welfare**; 1974.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, p. 166, 2004.

MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A. D.; ALBUQUERQUE, G. M.; LIMA, C. M. D.; CAVALCANTE, T.; JAIME, P. C.; & SILVA JÚNIOR, J. B. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4301-11, 2014.

MINAYO, M. C. S. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NETO, M. M. C. **Educação Permanente**. Brasília. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de atenção básica, p. 44, 2000.

ORLANDI, E. P. **A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso**. 4 ed. Campinas: Pontes, 1996.

_____. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 1999.

PEREIRA, I. C.; OLIVEIRA, M. A. C. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 3, p. 412, 2013.

SASAKI, A. K.; RIBEIRO, M. P. D. S. Percepção e pratica da promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p. 155-163, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TEIXEIRA, M. B.; CASANOVA, A.; OLIVEIRA, C. C. M.; ENSGTROM, E. M.; BODSTEIN, R. C. A. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, 38 (spe), p.52-68, 2014.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl 3, p. 3615-24, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** – 1946. Disponível em: <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/> Acesso em: 28 fev 2016.

PROMOÇÃO DA SAÚDE PAUTADA NO ENSINO EM HABILIDADES PARA A VIDA ENTRE ESCOLARES ADOLESCENTES

Amanda Peres Lustosa, Aline de Souza Pereira, Juliana Guimarães e Silva, Samira Valentim Gama Lira, Poliana Hilário Magalhães, Ceci Vilar Noronha, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a percepção mundial acerca da definição e da prática de saúde escolar tem se transformado. Nos anos de 1980, criticavam-se incisivamente o setor Saúde e suas estratégias de prevenção pelo fato de este não se valer da escola como parceira em suas ações (BRASIL, 2009).

Nessa mesma direção, nos anos de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) desenvolvem o conceito de Escolas Promotoras de Saúde com abordagem multifatorial voltada ao ambiente físico-social escolar, defendendo a criação de vínculo e parceria com o território de abrangência onde se inserem os serviços de saúde. No Brasil, na perspectiva de assegurar uma atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público, instituiu-se, em 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE), a fim de garantir ações integradas entre as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) e o sistema de ensino (BRASIL, 2012).

A articulação entre a atuação da saúde e da educação sugere integrar ações que favoreçam e atinjam o público escolar. Nesse sentido, as ações do PSE incluem: avaliação clínica e psicossocial, promoção da alimentação saudável, práticas corporais e atividades físicas, saúde sexual e reprodutiva, prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas, promoção da cultura de paz e prevenção de violências, saúde ambiental e desenvolvimento sustentável e educação permanente para qualificação dos profissionais da educação e da saúde (BRASIL, 2012).

Tais proposições destinam-se a levar informações e avaliar riscos e vulnerabilidades. Entretanto, para o alcance de ações de saúde que impactem na redução de riscos e vulnerabilidades que atingem crianças e adolescentes, fazem-se necessárias ações articuladas entre diferentes campos profissionais. Supõe-se que debates sobre temas complexos (sexualidade, álcool/drogas ilícitas, violências interpessoais) pautados no protagonismo dos jovens e participação social possam desencadear frutíferas transformações.

Nesse sentido, para promover e garantir ações efetivas à saúde do adolescente, as ações de promoção em saúde devem elucidar os fatores de proteção e não se fixar nos malefícios de determinados temas. Exemplos desses fatores destacam o envolvimento familiar, habilidades sociais, autonomia, autoestima desenvolvida e capacidade de resolução de problemas (BRASIL, 2014).

Nesse aspecto, para estimular fatores de proteção, o programa de Ensino de Habilidades de Vida, proposto pela OMS, centra no desenvolvimento de capacidades emocionais, sociais e cognitivas que auxiliem os indivíduos a lidar com

situações cotidianas. Foram definidas dez habilidades de vida: autoconhecimento, relacionamento interpessoal, empatia, lidar com os sentimentos, lidar com o estresse, comunicação eficaz, pensamento crítico, pensamento criativo, tomada de decisão e resolução de problemas (MINTO et al., 2006; CASTELLANOS; BRAVO; MARTÍNEZ, 2003; OMS, 1993).

Pesquisa experimental com 284 estudantes do ensino médio, utilizando pré-teste e pós-teste, identificou a eficácia de um programa educativo de habilidades para a vida em escolas promotoras de saúde no Peru. Verificou-se que houve aumento significativo no desenvolvimento de habilidades de comunicação e assertividade nos alunos do grupo selecionado (LARRAURI; CÁCERES, 2009). Entende-se que trabalhar essas habilidades é uma forma de promover saúde na sua essência, uma vez que este ato refere-se à implementação de medidas que não se dirigem a doenças específicas, mas visam envolver individualmente e coletivamente os sujeitos no processo de produção do cuidado.

Corroborando com esse entendimento, a Política Nacional de Promoção da Saúde (2014) centra-se no conceito ampliado de saúde e no referencial teórico da promoção da saúde como estratégias de produzir melhorias no âmbito individual e coletivo, pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde, conectada às redes de proteção social, coexistindo participação e controle social (BRASIL, 2014).

Diante do exposto, este estudo descreve uma intervenção em promoção da saúde pautada no Ensino em Habilidades para a Vida com escolares adolescentes, mediante suas percepções e os efeitos ocasionados pela intervenção em suas vidas.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é fruto de uma intervenção realizada como ação do PSE, com a participação de 35 adolescentes de uma escola de ensino fundamental no município de Horizonte, no Ceará. Esta escola é adestrada ao território de abrangência da equipe de Estratégia Saúde da Família, que engloba profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde (RIS).

A RIS é um curso da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) orientado pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), congruente com as necessidades e realidades locais e regionais dos cenários de prática. Partindo de tais princípios e implicados pelo desejo de implementar ações de promoção da saúde do adolescente de forma intersetorial, o Ensino de Habilidades para a Vida foi visto como uma proposta inovadora e relevante para a saúde do adolescente.

Os profissionais que executaram a intervenção já tinham contato com a escola, pois já haviam efetuado atividades do PSE no local ou no estabelecimento. Este fato facilitou o reconhecimento das necessidades de saúde do espaço escolar e a implementação da intervenção.

Inicialmente, ocorreu uma reunião com a diretoria e professores da escola, na qual foram trocadas informações acerca da proposta de intervenção e discutidas as características do ambiente escolar. Nessa ocasião, a sala do sétimo ano foi selecionada para a aplicação da intervenção, a partir de uma escolha consensual do diretor e de professores. Essa seleção considerou características que destacavam a sala escolhida em relação às outras, tais como: alunos que apresen-

tavam baixo rendimento nas atividades escolares, risco para utilização de álcool e outras drogas, gravidez na adolescência e comportamentos de violência.

Para estreitar os laços entre profissionais da saúde e escola, foi organizado um encontro com os responsáveis legais dos alunos, no qual predominaram os pais. Apresentou-se o objetivo da intervenção, por meio de recursos audiovisuais, descrevendo cada habilidade, sua aplicabilidade e como iam ser desenvolvidas. Destacou-se que a intervenção iria compor o planejamento de aula de uma das disciplinas, encaixando-se, portanto, no cronograma da escola.

Depois de explorar a temática em questão, os responsáveis foram convidados para conversar e autorizar ou não o adolescente a participar da intervenção. Ao mesmo tempo, os alunos realizaram suas inscrições em fichas contendo dados pessoais, como: nome, sexo, data de nascimento, endereço, contato, nome dos pais ou responsável legal.

Todos os alunos foram autorizados pelos seus responsáveis legais a participar da pesquisa e, para garantir o sigilo, em nenhuma etapa da pesquisa os nomes dos alunos e dos pais ou responsáveis foram expostos.

A intervenção foi realizada entre agosto e dezembro de 2014, composta por dez encontros consecutivos, com duração de uma hora, que trabalharam as habilidades para a vida: auto percepção e autoconhecimento, empatia, relacionamento interpessoal, lidar com emoções, sentimentos e estresse, comunicação eficaz, pensamento crítico e criativo, tomada de decisão e resolução de problemas.

A *autopercepção e autoconhecimento* favorecem conhecer a si, nosso ser, caráter, pontos fortes e fracos, gostos e desgostos (OMS, 1993). Para o desenvolvimento de tal habilidade foi proporcionado um momento de reflexão e, posteriormente, indagado sobre as características pessoais dos adolescentes: que características positivas você reconhece que lhe ajuda a conviver bem consigo e com os outros? O que você pode fazer para preservar estes pontos fortes ou estas características positivas?

Quanto à *empatia*, capacidade de imaginar como é a vida de alguém, mesmo em situações que não se está familiarizado, auxilia o indivíduo a aceitar as pessoas diferentes de si e melhorar as interações sociais (OMS, 1993). Nessa habilidade os alunos se dividiram em dois grupos aleatoriamente e cada grupo escolheu uma maneira criativa para apresentar como a empatia e a antipatia se manifestam no cotidiano.

Sobre o *relacionamento interpessoal*, essa habilidade possibilita conhecer os relacionamentos, percebendo o que ajuda a construir e a manter amizades/convivências que deixam o indivíduo feliz, confortável, confiante, como também sua disponibilidade para reajustar ou mesmo terminar amizades/convivências que fazem parte da sua vida (OMS, 1993). Para essa habilidade, utilizou-se um vídeo chamado “Cuerdas” (Cordas), que exibe a história de uma menina com um colega de sala com paralisia cerebral. Por conta de suas limitações físicas, outras crianças não mantêm aproximação ou vínculos. Entretanto, essa menina consegue criar e manter um relacionamento amigável com ele, reconhecendo-o e mantendo uma convivência harmoniosa, com trocas de saberes e companheirismo. Após esse vídeo, realizou-se um momento de

reflexão, instigando os alunos a descreverem suas impressões acerca do vídeo.

Lidar com emoções, sentimentos e estresse é a capacidade de gerenciar as emoções, o que ajuda o indivíduo a reconhecer as próprias emoções e as dos outros, tomando ciência de que essas emoções influenciam no comportamento, e como respondê-las de forma adequada. As emoções intensas (raiva ou tristeza) podem ter efeitos negativos sobre a saúde se a pessoa não respondê-las adequadamente. A capacidade de lidar com o estresse ajuda a reconhecer as suas fontes e sua repercussão sobre a vida, e como controlar os seus níveis e a tomar medidas para reduzi-los (OMS, 1993).

O desenvolvimento dessa habilidade realizou-se com a dinâmica “Escravos de Jó”, que favorece a adoção de comportamento coletivo dos participantes, uma vez que requer que todos cantem e executem as ações de forma sincronizada.

A comunicação eficaz relaciona-se com a capacidade de se expressar assertivamente. Essa habilidade foi trabalhada com a apresentação de vídeo explorando os tipos de comunicação: assertiva, agressiva e passiva. Após a exposição do vídeo, deu-se início uma roda de conversa, com relatos de experiências análogas a algum tipo de comunicação apresentada.

O pensamento crítico e criativo – o pensamento crítico é a capacidade de analisar informações e experiências de forma objetiva e contribui para a saúde ajudando a reconhecer e a avaliar os fatores que influenciam as atitudes e comportamentos, tais como meios de comunicação e as pressões de grupos de pares. O criativo auxilia na tomada de decisão e resolução de problemas, permitindo explorar as alternativas

disponíveis e consequências de ações ou omissões. Pensar criativamente ajuda a ver além da experiência direta e responder de forma adaptativa e flexível às situações que surgem no cotidiano (OMS, 1993). Para o desenvolvimento dessas habilidades, foram apresentados três casos considerados relevantes para discutir em grupo. O primeiro caso propôs que os alunos traçassem estratégias para ajudar um amigo que se encontra em risco de usar álcool e outras drogas; o segundo, uma adolescente que está grávida e pretende realizar um aborto; e o terceiro, a diminuir preconceitos relacionados a raça, sexo, deficiências, dentre outros.

Quanto à *tomada de decisão e resolução de problemas*, ajuda a lidar construtivamente com as situações de vida. Isto pode ter implicações para a saúde se os jovens ativamente tomarem decisões sobre os seus comportamentos relacionados à saúde, às opções e aos efeitos que possam ter a avaliação. Da mesma forma, a capacidade de resolver problemas permite lidar construtivamente com os problemas (OMS, 1993).

Para trabalhar essas habilidades, deu-se seguimento aos temas propostos nas habilidades sobre pensamento crítico e criativo, introduzindo-se a criação de dez alternativas para a resolução de problemas. Em seguida, escolheram-se três situações, referindo e defendendo as escolhas.

Ao final de cada encontro, os alunos efetuaram uma declaração de empenho pessoal, na qual destacaram características positivas e negativas observadas em si e nos demais colegas, refletindo e descrevendo como a habilidade poderia ajudá-los a conviver melhor consigo e com os outros, na medida em que fosse utilizada no cotidiano. Após o término dos dez encon-

tros, ocorreu a formação da turma e a entrega do certificado em um momento simbólico que possibilitou a reafirmação de todas as habilidades trabalhadas, o que proporcionou a oportunidade de descontração e valorização da experiência.

No decorrer da intervenção, utilizaram-se como métodos de pesquisa a observação participante e relatos extraídos da avaliação de desempenho pessoal feito pelos adolescentes ao final de cada encontro. No mês de março de 2015, foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais com 17 adolescentes. Estas foram gravadas a fim de garantir a fidedignidade do relato oral. As entrevistas buscaram conhecer aspectos do Ensino em Habilidades para a Vida na visão do adolescente. Foi abordado acerca do que mais lhe chamou a atenção na intervenção, como foi a sua participação nas atividades propostas, bem como o impacto da intervenção na vida do adolescente. Tais entrevistas aconteceram dois meses após a intervenção para avaliar o seu impacto. Esta técnica de coleta de dados possibilitou a ampliação da análise.

A triangulação de métodos (Minayo, 2010) foi efetuada a partir da utilização de três técnicas de coleta de dados: observação participante, aplicação do instrumento de desempenho pessoal e entrevistas semiestruturadas, que permitiram uma visão e criticidade acerca da temática proposta, possibilitando a análise do impacto da intervenção no ato e após a intervenção, convergindo seus resultados e discutindo as multiplicidades apresentadas.

Para a análise do instrumento de desempenho pessoal e entrevistas, foi utilizada a análise temática de Minayo (2010), que constitui três finalidades: o estabelecimento de

uma compreensão dos dados coletados (entender as falas dos adolescentes, inserindo-as em categorias), confirmar ou não os pressupostos da pesquisa (hipótese de que a pesquisa pode identificar e explorar o conhecimento sobre promoção em saúde), e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado (revisão da literatura e novas consultas em casos necessários para permitir uma discussão mais consistente dos resultados).

Três categorias surgiram nessa construção: participação como forma de produzir o protagonismo juvenil, formas de estimular habilidades para a vida e habilidades desenvolvidas e relatos pessoais de adolescentes.

A intervenção foi realizada mediante os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o parecer de N° 976.663 (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

Dos 17 adolescentes que foram entrevistados, nove eram do sexo feminino, todos solteiros, cursando o sétimo ano do ensino fundamental; três desse total declararam ter repetido o ano alguma vez desde o início da vida escolar e dois trabalhavam.

As falas dispostas nos resultados estão identificadas por meio de abreviações que significam, respectivamente: Adolescente (A), feminino (F), masculino (M) e números que sinalizam a sequência das falas. Assim AF1 significa (adolescente feminino 1) e AM1 (adolescente masculino 1).

PARTICIPAÇÃO SOCIAL COMO FORMA DE PROTAGONISMO JUVENIL

O protagonismo pressupõe a gênese de espaços e meios de escuta e participação dos jovens nos acontecimentos reais expressos no seu ambiente vivo, como exemplos, a escola, a comunidade e a vida social. Possui um caráter que objetiva a transformação social e pessoal do adolescente, por meio de um processo educativo que busca a superação do paternalismo, assistencialismo ou manipulação (BOGHOSSIAN; MINAYO, 2010).

Nesse sentido, o reconhecimento sobre a participação social, expresso nas falas dos sujeitos, permite verificar que os adolescentes de alguma forma foram estimulados em seu pensamento crítico, levando-os a reconhecer as suas características pessoais, destacando seus pontos positivos e os que poderiam melhorar no aspecto que envolve sua participação.

“Ficava mais observando, porque não tinha muito interesse de fazer as coisas”. (AM2)

“Às vezes eu ficava mais quieta, me chamou atenção e fui participar” (AF8)

O objetivo da intervenção era estimular o protagonismo dos adolescentes pela participação social, empoderamento e reconhecimento de suas habilidades, com possibilidades de provocar mudanças no cotidiano. A mudança de comportamento mostra-se mais como um estímulo a fatores protetivos que diminuem vulnerabilidades e proporcionam o desenvolvimento de pensamento crítico e criativo pelo sujeito. “Poderia ter participado mais, porque eu ficava só no

canto observando” (AM7) “Os cartazes eu fiz, a gente fez tudo que podia fazer, acho que participei bastante” (AF5)

Um fator importante e essencial no estímulo ao protagonismo é a sua natureza espontânea. A motivação para participação não pode ser prescrita nem forjada. As escolhas têm que partir dos atores que se inserem no contexto social (DUVERNOY; RÉGNIER, 2012). No caso dos sujeitos estudados, percebe-se esse caráter protagonista, uma vez que eles reconheceram e se empoderaram de discernimento para expressar a sua visão sobre sua própria participação, não como uma participação pontual na ação desenvolvida, mas como uma produção de concepções acerca do que foi vivido.

O reconhecimento de características positivas e aquelas que possam ser melhoradas mostra o impacto da intervenção, corroborando com o entendimento de que a participação dos adolescentes em atividades de protagonismo possa ser vivenciada no sentido de mobilizar tanto o adolescente como aqueles que fazem parte de sua rede social, levando-o à compreensão de sua vulnerabilidade, inferindo para que ele aprenda a ser e a fazer (SILVA; MELLO; CARLOS, 2010).

A partir das falas, pode-se perceber a relevância de atividades que estimulem a participação dos adolescentes, bem como considerar os seus sentimentos. Nessa intervenção, o caráter participativo pôs os adolescentes a pensar sobre sua participação, analisando e reconhecendo que poderiam ser mais ativos. Isso leva a destacar as habilidades para a vida como uma proposta de intervenção para adolescentes, que perpassa o campo de ações prescritivas e delimitadas, para buscar o estímulo a fatores protetivos que ultrapassassem o

foco da saúde como ausência de doença, mostrando que pensar sobre a sua vida e a do outro é fator protetivo para a saúde.

O fato de em algumas falas os adolescentes trazerem essa percepção de que poderiam ter participado mais converge com as observações realizadas e descrições do pesquisados, permitindo verificar que, na medida em que os encontros aconteciam, criavam-se laços entre os pesquisadores e os alunos. Essa observação destaca a importância de ações inter-setoriais, de cunho longitudinal, para a criação de vínculos que permitem minimizar tensões entre os atores envolvidos. Estabelecer vínculos com o adolescente favorece sua inserção entre grupos mais amplos, abordar temas anteriormente discutidos, em grupos específicos.

ESTÍMULOS ÀS HABILIDADES PARA A VIDA

Paulo Freire (1994) trouxe concepções marcadamente impulsionadoras de novas práticas no campo da educação, a saber, a maneira como se dissemina o conhecimento, propondo a superação de um ensino inflexível para dar lugar a metodologias ativas que instigassem o protagonismo no processo de aprendizagem, reconhecimento das subjetividades e estímulo à democratização da social.

Partindo das concepções de Freire sobre protagonismo e metodologias ativas, a pesquisa traz a visão dos adolescentes no que diz respeito às metodologias utilizadas, inferindo sobre suas características, bem como discutindo suas faces.

Assim, a visão expressa pelos adolescentes sobre as metodologias utilizadas para abordagem das habilidades para a vida mostra o potencial de espaços participativos, que

estimulem a criatividade, sem imposição de ações ou direcionamentos rígidos. Pode-se perceber que a metodologia participativa estimula também o reconhecimento do outro, ultrapassando o individualismo e reconhecendo a participação do colega como algo importante.

“Atividades dos cartazes, que todos os colegas trabalharam em equipe, e nenhum se importou em fazer mais coisas do que o outro, todos fizeram a mesma coisa, o mesmo tanto”. (AM1)

A confecção de cartazes faz parte de metodologias bastante utilizadas no ambiente escolar, entretanto o que se apresenta nesta intervenção é o seu caráter participativo e com disposição para a criatividade e a criticidade. Não se trata exatamente da metodologia, mas como se permite trabalhar tal metodologia.

Nesse mesmo direcionamento, outro estudo traz essa concepção participativa como um meio de produzir o protagonismo dos jovens, visando a ações que permitam a criatividade, construtividade e ação solidária em busca de soluções para problemas coletivos e individuais (DUVERNOY; RÉGNIER, 2012).

As produções em cartolinas mostraram-se bastante favoráveis, visto que os adolescentes participaram ativamente e foi possível observar habilidades como: pintura e desenhos, caligrafias, divisão do trabalho, espírito de liderança, capacidade de ajudar o colega que tinha alguma dificuldade na atividade, apresentação e discussão em grupo, assim como

foi possível observar, em alguns casos, a individualidade, a necessidade de se excluir dos grupos, a timidez.

“As dinâmicas foram interessantes”. (AF5).

“Particpei com minhas amigas como se fosse bullying, peça de teatro”. (AF8).

As dinâmicas e dramatizações mostraram potencial inovador e passível de reflexões mais ampliadas. Isso se deve, justamente, à possibilidade que tais metodologias têm de favorecer pensamento e ações pautados nas realidades vivenciadas pelos adolescentes, fazendo uma interface entre a habilidade e a realidade.

Já as abordagens que traziam indagações e questionamentos acerca de alguma habilidade mostraram mais restrições, principalmente quando instigava-se a exposição de opiniões. Isso é bastante aceitável, visto que as atividades de cunho mais participativo, como dinâmicas, dramatizações e confecção de cartazes, deixam os adolescentes mais à vontade para criar e expor suas ideias aos colegas.

HABILIDADES DESENVOLVIDAS

Nas últimas décadas, várias iniciativas surgiram para promover espaços coletivos e estimular a participação de jovens. A necessidade de contribuir para a formação de uma sociedade inclusiva, justa e sustentável integra as agendas de políticas públicas mundiais.

Partindo dessa necessidade, o ensino de habilidades para a vida, proposto pela OMS (1993), apresenta-se como

uma competência psicossocial que o indivíduo tem para enfrentar de maneira efetiva as exigências da vida diária. É uma capacidade de manter o equilíbrio psicossocial e expressá-lo através de um comportamento adaptativo e positivo mediante as interações com as pessoas, sua própria cultura e meio ambiente.

Nessa categoria, os adolescentes mostram em suas falas como as habilidades desenvolvidas implicaram no seu cotidiano e quais aspectos de sua vida foram implicados pelo ensino em habilidades para a vida.

“Eu era muito mais danado, agora eu to muito mais quieto”. (AM2)

“Eu achei muito legal, porque eu nunca tinha conhecido aquilo que vocês ensinaram, aí eu mudei, a minha mãe não me suportava, eu era muito danada, pra mim eu respeito ela, tudo na minha vida mudou”. (AF5)

Como pode ser observado, os adolescentes trazem as suas histórias de vida, cada um com suas particularidades, mostrando suas formas de ver o mundo, sentir e encarar as vivências do cotidiano. Esse conjunto de circunstâncias apresentadas nas falas dos adolescentes aponta para a necessidade de espaços que estimulem a formação de habilidades que permitam uma melhor convivência social. Esses espaços, por sua vez, poderão produzir, além de habilidades pessoais, um ambiente de socialização de sentimentos, anseios e expectativas por parte dos adolescentes.

Nesse mesmo sentido, Silva, Mello e Carlos (2010) destacam uma urgente necessidade social de promover, de maneira sistemática, a formação de valores e de atitudes cidadãs que permitam aos adolescentes conviver de forma autônoma no mundo contemporâneo. Essa urgente necessidade, por sua vez, além de atender a uma demanda social, viria a criar espaços onde os adolescentes e jovens pudessem discutir e fomentar caminhos condizentes com as exigências da atualidade.

O presente estudo afirma essa necessidade quando indica a existência de algum impacto no convívio social, entre a família, os colegas e o autoconhecimento. A formação em habilidades para a vida, para além de cada habilidade proposta, evidenciou uma concepção que responde às exigências pessoais, sociais e culturais dos adolescentes, rompendo com as práticas de ações voltadas para problemas específicos e centralizadas em uma problemática.

“Minha convivência em casa mudou bastante, fiquei bem mais calmo, na escola também”. (AM1)

“Achei que me mudou um bocado, porque antes de fazer o curso, a convivência com minha família não era muito boa, brigava quase sempre, brigava com minhas irmãs porque minha mãe sempre dava mais atenção a elas, mas agora não, tudo bem agora com elas”. (AM1)

Torna-se nítido nas falas o quanto essas habilidades possibilitaram o autoreconhecimento de seus pontos posi-

vos e negativos, progredindo para uma melhor convivência em sociedade, com destaque para a unidade familiar, considerada base para o desenvolvimento socioeducacional do indivíduo.

Outro aspecto importante que chama a atenção é o desenvolvimento de concepções e ações, por parte dos adolescentes, sem interferências impositivas por parte da intervenção. Através das falas torna-se possível reconhecer o caráter voluntário dos entrevistados em declarar melhoras nos relacionamentos interpessoais baseadas em uma nova forma de pensar e agir. Essa nova forma de pensar e agir também pressupõe que a intervenção não invadiu as singularidades de uma unidade escolar composta por adolescentes, mas se preocupou em criar um espaço de estímulo ao autoconhecimento, estimulando novos rumos a partir de sua própria visão.

CONCLUSÕES

Como se pode observar, o estudo indicou o potencial dos estímulos às habilidades pessoais para a vida em comum entre adolescentes, a partir da participação social e voluntária, resultando em mudanças de concepções acerca de suas próprias vidas e de suas redes sociais. Desvelou no (re)conhecimento de suas características pessoais, perpassando a autopercepção de suas ações até possíveis mudanças de comportamentos em meio às relações sociais, com destaque para a unidade familiar.

No que se refere ao PSE, pôde-se experimentar, inicialmente, uma prática mais centrada na prevenção de doenças,

mas no decorrer da formação, como residente, foi possível evoluir para práticas pautadas na promoção da saúde, visualizando os condicionantes e determinantes de saúde e agindo sobre eles, a exemplo da intervenção descrita.

A disponibilidade e o reconhecimento da escola em relação aos profissionais da saúde foram uma importante atitude que possibilitou a integração, refletindo na maneira como os alunos tratavam-nos. Ou seja, como componentes integrantes da escola, ficou mais fácil a intervenção ser reconhecida como algo que faz interface, e não algo à parte.

No que se refere ao trabalho intersetorial, destaca-se que a intervenção mostrou potencial para criar e fortalecer vínculos entre os profissionais da ESE, profissionais da escola e alunos. Esse vínculo foi sendo construído com o tempo, podendo ser observado nas falas reciprocidade e integração de todos.

No aspecto que envolve a formação profissional da residência, inclusive do enfermeiro, o qual se desdobra sobre a presente experiência, foi possível ultrapassar a barreira de atividades que eram desenvolvidas mediante um olhar restrito e fragmentado. A própria formação da residência garante que, através da formação pelo trabalho, venha a ser desenvolvida na prática diária com ações que extrapolem os muros da unidade de saúde.

Por outro lado, intervenções como essa perpassam questões estruturais, de poder e de logística dos serviços (educacionais e de saúde), fatos esses que se mostraram como entraves dentro do processo de trabalho. Verifica-se que o desafio para se implementar nas escolas uma ação pautada

numa metodologia ativa não requer custos adicionais, mas encontra resistências que necessitam de articulações pessoais, profissionais e físicas.

Acredita-se que ações com esse cunho garantem e agregam um enorme conhecimento no campo da atenção primária em saúde e saúde coletiva, visto o seu potencial inovador e o seu diferencial de abordagem. Outros profissionais, sejam da saúde ou da educação, poderão replicar, melhorar e reconhecer as vantagens e desafios desse tipo de abordagem. A ESF e a escola precisam dessa maior aproximação, e a residência instiga tal contato, garantindo uma formação dinâmica baseada na tentativa de obter progressos.

Nesses aspectos, destaca-se o desafio para profissionais e pesquisadores não deixar que temas tidos como “problemas”, a exemplo de violência, engessem a ação e nos tornem impotentes. O desafio real não é identificar problemas, mas apontar o caminho do protagonismo juvenil e da participação cidadã e fortalecer, ao mesmo tempo, a construção de identidades e subjetividades dos adolescentes.

REFERÊNCIAS

BOGHOSSIAN, C. O.; MINAYO, M. C. S. Revisão sistemática sobre juventude e participação nos últimos 10 anos. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 411-423, 2009.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias** / Ministério da Justiça, - 6. ed. Brasília, DF: SENAD-MJ / NUTE-UFSC, 2014. 312 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. **Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde**, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. - Brasília, 2012.

_____. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. 2012.

CASTELLANOS, M; BRAVO A; MARTÍNEZ R.V. **Habilidades para la Vida, una propuesta educativa para convivir mejor**. Bogotá: Fe y Alegría; 2003.

CHOQUE-LARRAURI, R.; CHIRINOS-CACERES, JesúsLuis. **Eficacia del Programa de Habilidades para la Vida en Adolescentes Escolares de Huancavelica**, Perú. Rev. Salud pública, Bogotá, v. 11, n. 2, p. 169-181, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2015.

DUVERNOY, D. A.; RÉGNIER, J. C. **A educomunicação como princípio indissociável da extensão universitária, do protagonismo juvenil e da coesão social: o caso da rede Coque Vive**. Unisul, Tubarão, número especial, p. 149-164, jun-dez., 2012.

GORAYEB, R. O ensino de habilidades de vida em escolas no Brasil. **Psicologia, saúde & doenças**, 2002, 3 (2), 213-217. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v3n2/v3n2a09>> Acesso em: 05 out. 2014.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MINTO, E. C. et al. Ensino de Habilidades para a vida na escola: uma experiência com adolescentes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 561-568, set./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122092012>>. Acesso em: 01 out., 2014.

OPS/OMS. Escuelas Promotoras para la Salud. Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras (Comunicación para la Salud n. 13). OPS/OMS: Washington, 1998.

Organización Mundial de La Salud. **Enseñanza en los colegios de las Habilidades para vivir**. División de Salud Mental. Ginebra, 1993.

SILVA M. A. I; MELLO D. F; CARLOS D. M. **O adolescente enquanto protagonista em atividades de educação em saúde no espaço escolar**. Rev. Eletr. Enf. 12(2): 287-93. 2010. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/pdf/v12n2a09.pdf. Acesso em: 25 de jan., 2015.

A FORMAÇÃO DE PROFESSORES PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE BRASILEIRA: ANÁLISE CURRICULAR

Maxmiria Holanda Batista, Valentin Gavidia Catalan, Christina Cesar
Praça Brasil, Jader Breno Soares de Gouveia, Sanderis Aline Saldanha
Lima, Ana Maria Fontenelle Catrib

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo e, ainda na atualidade, a palavra “saúde” tem sido utilizada para caracterizar a condição daqueles que não possuem distúrbios ou problemas orgânicos, físicos e biológicos. Entretanto, saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi definida, em 1946, como um estado no qual há um completo bem-estar, englobando não só os âmbitos orgânicos, físicos e biológicos, mas também o mental e o social, pois tudo isso faz parte do ser humano (CAMPOS et al., 2006).

Embora o conceito de saúde pareça utópico, diante da condição de “completude” que nunca se poderá alcançar, deveria servir, pelo menos, segundo Campos et al. (2006), para caracterizar algo que não está destituído das dimensões física, social e mental, havendo uma relativização entre cada pessoa e cada agrupamento populacional.

Há, também, concernente ao exposto sobre “saúde”, uma ampliação desse conceito quando se substitui o termo

“prevenção de doença” por “promoção de saúde”. Isso acontece pelo fato de o termo não se referir apenas à ausência de doenças ou enfermidades, mas por trazer consigo uma noção de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos, a qual pode acontecer de diversas formas, relacionando-se também à autonomia e à emancipação. Segundo Westphal (2000) e Akerman, Mendes e Bógus (2004), o termo promoção da saúde está “vinculado a uma visão holística e socioambiental do mesmo processo (saúde e doença), colocando-se como uma prática emancipatória e um imperativo ético”. Assim, maneiras de “evitar” os processos de adoecimento (como políticas públicas e práticas saudáveis) deveriam ser consideradas de forma mais relevante.

Tratando-se, então, da ampliação do conceito de “saúde”, uma das formas de haver a sua promoção, diante da importância do tema e que deveria ser mais levado em consideração, seria a criação de ambientes educacionais favoráveis à saúde. Nesse sentido, o professor configura como um ator importante, uma vez que a sua interveniência possibilita que os alunos apreendam os conteúdos escolares, desenvolvam o senso crítico e sejam sujeitos das práticas sociais e das suas interações com o outro (BULGRAEN, 2010), o que configura no eixo das habilidades e competências que devem ser desenvolvidas nos currículos escolares (FELIX; NAVARRO, 2009). Para isso, os professores precisam ser devidamente instrumentalizados ao longo da sua formação profissional.

Estudos mostram que a maioria dos currículos dos cursos superiores nas áreas de Letras e Pedagogia, ou mesmo das licenciaturas, não contemplam de forma ampla conteúdos que abordam questões voltadas à formação dos professores

para que promovam a educação em saúde nas escolas brasileiras. Esse fato dificulta a apropriação da temática pelos professores, bem como o desenvolvimento de ações voltadas à educação em saúde nas escolas brasileiras, as quais beneficiam toda a comunidade escolar e o seu entorno.

Pesquisa desenvolvida por Granville-Garcia et al. (2007) detectou que apenas 21,1% dos 147 participantes de uma pesquisa desenvolvida em nove escolas municipais de Caruaru – Pernambuco tiveram a oportunidade de receber ensinamentos sobre saúde bucal durante sua formação pedagógica e apenas 36,7% deles ministram conteúdos sobre saúde bucal aos alunos. Mello Jorge (1994) aponta que a inexistência de conteúdos sobre saúde bucal nos currículos dos cursos de formação de professores gera preocupação, pois isso faz com que esses profissionais não tenham ciência do seu papel na saúde, o que faz com que alguns cheguem a transmitir conceitos que não correspondem à realidade.

A educação, na atualidade, adquiriu conceitos diversos e formas distintas, deixou de se restringir somente ao ambiente escolar e se estendeu a vários ambientes. Segundo Sampaio, Santos e Mesquita (2002):

É possível afirmar que a educação é aquilo que alguém conquistou ao fim de um processo em que interagem a prática e a teoria, a teoria e a prática, a ciência e a técnica (tekne), o saber e o fazer. É um processo de vida, de construção, de experimentação. A rigor, é a passagem do ser para o dever-ser. A educação tem, portanto, uma conotação lógica alimentada por uma ação teleológica, num processo pleno de intersubjetividade (p.166).

Na visão dos pedagogos modernos, o processo educacional não reside apenas nas escolas, pois ela não é a única responsável pela educação. A educação tem uma dimensão maior do que propriamente ensinar e instruir, o que significa dizer que o processo educacional não se esgota com as etapas previstas na legislação. A Educação, em sentido amplo, representa tudo aquilo que pode ser feito para desenvolver o ser humano e, no sentido estrito, representa a instrução e o desenvolvimento de competências e habilidades (VIANNA, 2006).

Para Paulo Freire (2011), educação seria ter consciência da realidade, podendo haver uma reflexão crítica desta, para, assim, existir a possibilidade de transformação. A concepção de educação de Paulo Freire percebe o homem como ser autônomo, capaz de transformar a si mesmo e ao mundo no qual está inserido (MIZUKAMI, 1986).

Pensando nas diversas perspectivas da educação, faz-se necessário enfatizar o termo educação em saúde. Segundo Schall e Struchiner (1999), esse termo se estabeleceu como área específica na segunda década deste século, nos Estados Unidos, durante uma conferência internacional sobre a infância. No Brasil, instituiu-se no âmbito da saúde pública, orientando novas práticas e, somente a posteriori, constituiu-se como área de estudo e pesquisa. Neste termo, são trazidas duas dimensões, quais sejam: 1) aprendizagem acerca de doenças e seus efeitos; e 2) inclusão de fatores sociais que interferem na saúde, levando em conta a construção social na direção de diversos estados de saúde.

Nesse caso, ressalta-se a importância da tendência a se caracterizar o conceito de educação em saúde a partir da noção de Promoção da Saúde. A educação em saúde, então, impli-

caria processos de políticas públicas para além da cura, que promovem e possibilitam propostas libertadoras de pensar, valorizando o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania.

Assim, o propósito deste artigo consiste em fazer o levantamento da importância da inserção de assuntos que abordem o tema “saúde” na formação de professores, os quais, conseqüentemente, poderão promover um ambiente educacional mais favorável à saúde dos seus estudantes e de toda a comunidade escolar. Nesse sentido, aborda-se, neste estudo, uma prática da “educação para a saúde”, a partir da análise do fluxograma do curso de Pedagogia da Universidade Federal do Ceará (UFC).

METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos deste estudo realizou-se uma análise da estrutura curricular do curso de graduação em Pedagogia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Para isso foram feitas leituras dos currículos, bem como anotações sobre os elementos curriculares verificando suas relações com o conceito de saúde.

Posteriormente foram classificados os conteúdos de saúde de 26 disciplinas selecionadas. Para isso, utilizou-se o instrumento proposto por Gadivia et al. (2012), o qual é apresentado na tabela 1, denominado “Competências en Salud” (COMSAL). Este instrumento contempla oito âmbitos de saúde escolar e cada um deles possui uma série de problemas ou situações a serem abordados.

A análise foi consensual entre duas pessoas do grupo de investigação e seus resultados foram revisados por outro in-

vestigador, a partir de uma reavaliação desses apontamentos curriculares.

Tabela 1 - Instrumento de Análise das Competências e Conteúdos

| | |
|--------------------------------|---|
| Âmbitos de Saúde | Problemas ou situações a serem abordados. |
| Alimentação e Atividade Física | Obesidade e sobrepeso, desordens da conduta alimentar (anorexia, bulimia, compulsão por comida), má nutrição, infecções e intoxicações alimentares, sedentarismo, alergias e intolerâncias alimentárias, prática incorreta da atividade física e desportiva ou compulsão por exercício. |
| Adições | Álcool, tabaco, cannabis, drogas ilegais e suas consequências. Consumo de medicamentos, outros transtornos aditivos (sexo, internet, jogo, compras). |
| Vida afetiva e sexual | A sexualidade Insatisfatória, infecções de transmissão sexual, gravidez não desejada e métodos anticonceptivos, a violência sexual e a discriminação diante a diversidade sexual. |
| Higiene pessoal e coletiva | Higiene Bucodental, Hábitos de Higiene, enfermidades infecciosas, parasitismo, alergias, prevenção do câncer, higiene postural, higiene sexual y higiene dos alimentos |
| Saúde Mental e Emocional | Estresse, ansiedade, baixa autoestima, a violência, o abuso e os maus tratos, gestão das emoções e habilidades sociais, apatia, hiperatividade, depressão. |
| Prevenção de Acidentes | Acidentes de tráfico-segurança nas vias, acidentes domésticos e no entorno escolar, quedas, queimaduras, afogamentos e asfixias, mordeduras y picaduras de animais. |
| Meio Ambiente | Possíveis catástrofes, gestão do meio ambiente físico ambiente físico, atenção aos problemas do entorno e suas prevenções e soluções, sustentabilidade, consumo e reciclagem, publicidade. |
| Promoção da Saúde | Informações sobre medidas para o fomento da promoção da saúde, fomento de comportamentos, hábitos e estilos de vida saudáveis, gestão da própria saúde, autocuidados e utilização dos serviços socio sanitários, interculturalidade. |

A análise dos dados coletados foi feita por meio dos seguintes passos: leitura detalhada do projeto pedagógico do curso destacado; leitura dos planos de ensino das disciplinas, observando-se os objetivos, metodologia e conteúdos; identificação das disciplinas que incluem conteúdos relacionados à saúde e à análise do seu impacto na formação dos futuros docentes. Para isso, foi elaborado um instrumento para análise das disciplinas (Tabela 2), o qual possibilitou estabelecer o cruzamento entre os âmbitos de saúde e os conteúdos abordados em cada uma delas.

A organização dos dados realizou-se a partir da elaboração de tabelas e gráficos, estabelecendo-se um olhar quantitativo e qualitativo sobre o material coletado. A seguir, utilizou-se a literatura pesquisada sobre avaliação curricular, formação docente e educação em saúde como referencial teórico para a interpretação dos resultados obtidos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Identificaram-se 35 disciplinas distribuídas ao longo de oito semestres do Curso de Graduação em Pedagogia da Universidade Federal do Ceará, dentre as quais se identificaram 15, em cujos conteúdos encontram-se temáticas relacionadas à saúde, quais sejam: Ciências para professores; Filosofia da educação I; Filosofia da educação II; Psicologia da educação I – Fundamentos; Psicologia da educação II Infância; Psicologia da educação III – Da infância à adolescência; História da educação e pedagogia; Sociologia da educação II; Educação infantil; Didática; Educação especial;

Política educacional; Ensino de geografia e história; Organização e gestão de espaços educativos não-escolares e Ensino de ciências.

Dentre os conteúdos identificados, apresentam-se alguns que puderam contribuir para a análise proposta neste estudo, uma vez que, neles, os temas para a educação em saúde configuram direta ou indiretamente. Dentre eles, encontram-se: lógica, ética e valores socioemocionais, os quais constituem as principais características da cognição humana; processos de subjetivação: da infância à adolescência; educação e sociedade; reprodução e transformação social; educação e movimentos sociais; educação e o mundo globalizado; inclusão escolar para educação especial; políticas atuais; processos socioeducativos; relações interpessoais, relação entre o homem e o meio; processos do desenvolvimento e da aprendizagem; criticidade; didática; noções de espaço; conceitos sobre espaços educativos não escolares e aspectos socioeconômicos.

Com isso, foram classificados os conceitos abordados pelas disciplinas com inferências acerca dos âmbitos de saúde que são tratados a partir dos conteúdos demonstrados na própria base curricular do curso. Como demonstração dessa análise e da relação entre os conteúdos e os âmbitos de saúde, apresenta-se, como exemplo, a Tabela 2, tomando-se a disciplina “Educação especial”.

Tabela 2 - Exemplo de Análise das Disciplinas

| | | Âmbitos de Saúde | | | | | | | |
|-----------|---|-------------------|--------------------------------|---------|-------------|---------|-----------|-----------|---------------|
| Conteúdos | DISCIPLINA: EDUCAÇÃO ESPECIAL | Promoção da saúde | Alimentação e Atividade Física | Adições | Sexualidade | Higiene | Emocional | Acidentes | Meio Ambiente |
| | 1º A educação especial no contexto da sociedade e da escola pública brasileira. | X | | | | | | | |
| | 2º Políticas e desafios atuais. | X | | | | | | | |
| | 3º Currículo e Projeto Pedagógico: conceitos. | | | | | | | | |
| | 4º O atendimento educacional especializado como serviço de apoio à inclusão escolar do aluno público alvo da educação especial. | X | | | | | X | | |
| | 5º Princípios e metodologia no atendimento educacional especializado, a tecnologia assistiva na sala de recurso multifuncional. | X | | | | | X | | |

Fonte: Fonte própria.

A partir da noção acerca da disciplina educação especial e suas repercussões na sociedade, pode-se dizer que o pedagogo tornar-se-ia capaz de compreender assuntos que nos rodeiam acerca da educação especial, fazendo com que sejam hábeis para lidar com os alunos considerados “especiais” de forma contextualizada, podendo fomentar comportamentos, hábitos e estilos de vida saudáveis para esses sujeitos. Por isso, o âmbito de saúde nomeado “Promoção da saúde” foi marcado.

O conteúdo denominado “Políticas e desafios atuais” também se associou ao âmbito “Promoção da saúde”, pois não se pode falar na promoção de saúde sem levar em consideração as políticas existentes (BRASIL, 2006), as quais fazem parte da sociedade (um dos aspectos presentes ao se falar sobre “saúde”), além de que, a partir do conhecimento desse conteúdo, pode-se tratar de assuntos como a “utilização dos serviços sócio-sanitários”, por exemplo.

Falando-se do quarto conteúdo (“O atendimento educacional especializado como serviço de apoio à inclusão escolar do aluno público alvo da educação especial”), o âmbito de saúde “Emocional” foi marcado, pois questões como “abuso e maus tratos”, “gestão das emoções e habilidades sociais” estão ligadas ao atendimento educacional especializado, que se dá como forma de apoio aos estudantes “especiais”.

A saúde emocional é um assunto de elevada importância, diante do papel que a escola desempenha na sociedade moderna. Cardeira (2012) defende que muitos dos problemas da contemporaneidade advêm da iliterância emocional, uma vez que ela mostra em seu trabalho que as pessoas que conhecem a si e dominam bem as suas emoções são capazes de manter relações interpessoais mais saudáveis e adequar comportamentos a situações específicas. Ademais, essa competência ultrapassa a área educacional e impacta positivamente em outros aspectos, contribuindo com a melhoria da qualidade de vida, a redução da violência, a melhoria do desempenho educacional e profissional, a inclusão social, além de melhores relações familiares.

Assim, a partir das classificações feitas e acima explicadas, a Tabela 2 demonstra que a disciplina Educação Espe-

cial trata de questões, em sua maioria, relacionadas à promoção da saúde, referindo-se pouco à temática emocional, e não trabalhando as dimensões alimentação, adicções, sexualidade, higiene, acidentes e meio ambiente. Esses achados apontam para a necessidade de reflexões sobre os conteúdos a serem abordados e contribuem para o aprimoramento do fluxograma do curso em questão.

Nas disciplinas analisadas, os temas de saúde, em sua maioria, estão relacionados à dimensão promoção da saúde, saúde emocional e meio ambiente. Essa determinação pode ser encontrada ao se verificar o número de conteúdos que constituem cada disciplina em cada um dos âmbitos, da forma como é demonstrado na Tabela 3 e no gráfico correspondente (Figura 1). Como exemplo, pode-se mencionar a disciplina Ciências para Professores, a qual é composta por quatro conteúdos no âmbito de promoção da saúde, três conteúdos no âmbito alimentação e exercício físico, dois conteúdos sobre adicções, três conteúdos sobre sexualidade, três conteúdos sobre meio ambiente e um conteúdo em cada um dos seguintes âmbitos: higiene, emocional e acidentes. Com essa distribuição, foram identificados na disciplina em pauta 18 conteúdos distribuídos nos oito âmbitos de saúde em pauta.

Tabela 3 - Classificação das Competências e Conteúdos por Âmbitos de Saúde

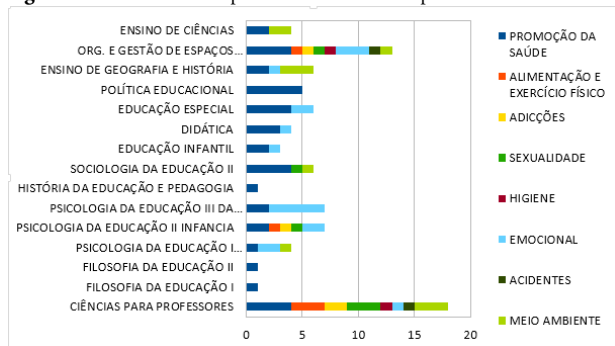
| DISCIPLINA | PROMOÇÃO DA SAÍDE | ALIMENTAÇÃO E EXERCÍCIO FÍSICO | ADICÇÕES | SEXUALIDADE | HIGIENE | EMOCIONAL | ACIDENTES | MEIO AMBIENTE | TOTAL |
|---|-------------------|--------------------------------|----------|-------------|----------|-----------|-----------|---------------|-----------|
| Ciências para Professores | 4 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 18 |
| Filosofia da Educação I | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Filosofia da Educação II | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Psicologia da Educação I Fundamentos | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 4 |
| Psicologia da Educação II Infância | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 7 |
| Psicologia da Educação III da Infância à Adolescência | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 7 |
| História da Educação e Pedagogia | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Sociologia da Educação II | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 |
| Educação Infantil | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| Didática | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| Educação Especial | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 6 |
| Política Educacional | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Ensino de Geografia e História | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 6 |
| Org. e Gestão de Espaços Educativos Não-Escolares | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 13 |
| Ensino de Ciências | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 |
| TOTAL | 38 | 5 | 4 | 6 | 2 | 18 | 2 | 11 | 85 |

Na tabela 3, observa-se, ainda, que as disciplinas que apresentam uma maior concentração de conteúdos relacionados aos âmbitos de saúde são Ciências para Professores (18 conteúdos), Organização e Gestão de Espaços Educacionais Não-Escolares (13 conteúdos), Psicologia da Educação II – Infância (sete conteúdos) e Psicologia da Educação III – da Infância à Adolescência (sete conteúdos).

Diante desse dado, observa-se que há uma quantidade significativa de trabalhos científicos que abordam a pertinência desses conteúdos na formação de professores, uma vez que as demandas profissionais requerem que o Pedagogo esteja apto para atuar dentro e fora da escola, como multiplicador de ações voltadas à promoção da saúde, a exemplo

do que apontam as pesquisas de Leonello e L'Abbate (2006), Souza (2011), Cruz e Arosa (2014), dentre outras.

Figura 1 - Análise das Competências e Conteúdos por Âmbito de Saúde



A partir da Figura 1, pode-se perceber que os temas relacionados à saúde não são amplamente abordados no fluxograma do curso em pauta. Dentre as 15 disciplinas analisadas, se todos os conteúdos trouxessem algum aspecto relacionado aos âmbitos de saúde apontados neste trabalho, haveria uma pontuação total de 576. Entretanto, a soma dos totais de cada âmbito observado alcança uma numeração apenas de 86. Assim, gera-se o problema: será que na inclusão desses conteúdos há a possibilidade de se promover espaços educacionais favoráveis à saúde?

Leonello e L'Abbate (2006) analisaram o modo como a Educação em Saúde era abordada no currículo de graduação em Pedagogia de uma universidade estadual paulista. Os autores estudaram o currículo do curso e a compreensão dos estudantes do referido curso sobre o assunto. Os resultados mostraram que duas, das 73 disciplinas, abordam, explicitamente,

a Educação em Saúde na escola. Outro aspecto relevante foi o fato de que 65% dos estudantes de Pedagogia não perceberam essa abordagem no currículo, porém 85% consideraram a atuação do professor indispensável para a abordagem dos temas relacionados à saúde no ambiente escolar. Assim, os autores concluem ser de fundamental importância que os currículos dos cursos de Pedagogia incluam, de forma detalhada, a temática da Educação em Saúde, diante da sua elevada importância para a formação de uma sociedade mais justa e saudável.

Essa formação do professor para a maior apropriação sobre os assuntos relacionados à saúde extrapola o ambiente escolar, uma vez que é possível ver na realidade atual alguns espaços promotores de saúde, onde o pedagogo desempenha um papel importante. Diante desse aspecto, muitos currículos atuais dos cursos de Pedagogia albergam disciplinas, cujo conteúdo aborda a atuação do pedagogo em diferentes cenários, que não os escolares. Isso demonstra que a presença desse profissional é cada vez mais solicitada, tendo em vista sua formação acadêmica (TURCI et al., 2012).

É válido ressaltar que, entre os principais desafios da promoção da saúde na escola, estão: (1) A integração com ensino de competência para a vida em todos os níveis escolares; (2) A instrumentalização técnica dos professores e funcionários das escolas e dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família para apoiar e fortalecer as iniciativas; (3) A identificação e a vigilância de práticas de risco; (4) O monitoramento e a avaliação da efetividade das iniciativas, para melhorar o compromisso das escolas com a promoção da saúde de seus alunos, professores e outros membros da comunidade escolar (BRASIL, 2006).

Shepherd e Cerqueira (2003) alertam que os espaços educacionais precisam conter na elaboração da estrutura curricular uma adequação de conceitos, habilidades e atitudes para o ensino da saúde que permitam realizar ações individuais e coletivas que melhorem a qualidade de vida e favoreçam as relações interpessoais; disponibilizar veículos de expressão para todas as pessoas que convivem na escola; proporcionar programas ergonômicos que privilegiem cuidados com o corpo e a mente e desenvolver atividades que envolvam comunidade educativa e família.

...a saúde entrava na escola para produzir uma maneira de conduzir-se, de “levar a vida”, baseada no ordenamento dos corpos a partir da medicalização biológica e/ou psíquica dos fracassos do processo ensino-aprendizagem. No entanto, esta não era nem é a única opção para trabalhar no encontro da educação com a saúde, ou seja: na implementação de políticas públicas e/ou propostas de ações intersectoriais que articulem as unidades de saúde às unidades escolares. Ao contrário, como reação de educadores e sanitaristas, surgiram outros modos de entender o estreito vínculo entre a produção do conhecimento e um viver saudável, os quais se centram no conceito ampliado de saúde, na integralidade e na produção de cidadania e autonomia (BRASIL, 2009, p. 7).

Porém, de alguns anos até os dias atuais, o que se vê é uma problematização em torno dos lugares que deveriam promover saúde, dentre os quais se pode destacar a universidade como um espaço que deveria ter saúde como pressuposto básico. O que se leva em cheque é que a universidade, como sendo um espaço de construção do conhecimento, deveria possibilitar espaços para a produção de saúde, já que oferece serviços neste segmento e está formando profissionais que irão exercer a sua profissão neste âmbito. Promover saúde, seja no âmbito acadêmico, seja nos serviços, implica proporcionar à população as condições necessárias para melhorar e exercer o controle sobre a sua saúde, envolvendo aspectos como: paz, educação, moradia, alimentação, renda, um ecossistema saudável, justiça social e equidade.

Segundo Mello, Moysés e Moysés (2010), as Universidades são instituições onde muitas pessoas vivem e experimentam diferentes aspectos de suas vidas: pessoas aprendem, trabalham, socializam e aproveitam seu tempo de lazer, além de, em muitos casos, utilizarem serviços oferecidos. Universidades, portanto, têm um amplo potencial para proteger a saúde e promover o bem-estar de estudantes, funcionários (acadêmicos e não acadêmicos) e a comunidade, em toda sua abrangência, pelas políticas e práticas empregadas.

Universidades formam estudantes que são ou serão profissionais e formuladores de políticas com o potencial de influenciar as condições que afetam a qualidade de vida de pessoas. Mediante o desenvolvimento do projeto político-pedagógico e de pesquisa, as universidades podem ampliar o conhecimento e o comprometimento com a promoção da saúde de um vasto número de sujeitos capacitados e educa-

dos em várias áreas de atuação. Isto inclui, portanto, o comprometimento não apenas de profissionais da área de saúde, mas também aqueles dos cursos das áreas sociais, tecnológicas e humanas. Sua ação comunitária dá oportunidade, para servir de exemplo, de boas práticas em relação à prática de saúde e de usar sua influência em benefício da saúde e qualidade de vida da comunidade local, nacional e internacional.

Por isso, é essencial que pessoas e organizações assumam seus papéis na criação de oportunidades, escolhas e ambientes saudáveis, mediante o comprometimento político com o desenvolvimento sustentável e a redução das desigualdades sociais e de saúde. Pensando nisto, a universidade entraria como um ambiente responsável pela promoção de saúde tanto para a comunidade quanto para seus estudantes.

Com a realização desta pesquisa, percebe-se uma carência de abordagens teóricas e práticas na formação dos professores que possibilitem a ampliação e o fortalecimento das noções sobre saúde, as quais são necessárias para que a escola seja vista como um ambiente de inclusão e promoção de saúde, por meio do empoderamento de professores, funcionários, alunos e pais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização do presente estudo, foi possível observar que não existe uma disciplina que aborde o tema saúde de forma global, complexa e sistemática. Nesse sentido, verificou-se que, quando há abordagens dos âmbitos de saúde, elas são realizadas de maneira parcial e pouco aprofundadas. Portanto, o desenvolvimento da Educação para Saúde de

maneira transversal não é atingido, o que foi possível constatar a partir da análise de que nem todas as disciplinas trabalhavam esses temas em seus conteúdos.

As disciplinas que abordam a Educação para Saúde o fazem de forma muito limitada. Ainda que demonstrem traços de interesse na abordagem das questões relacionadas à saúde, isto não é claramente concretizado nos conteúdos abordados. Ou seja, ainda que apareçam temáticas relacionadas à Educação para Saúde nos planos de ensino do curso de Pedagogia, não são oferecidos os conteúdos necessários para desenvolvê-las de forma ampla e integral. Isto leva a um conhecimento limitado do professor sobre as questões de saúde, o que ocasiona dificuldades desses atores em serem agentes promotores de saúde.

Este trabalho aponta para a necessidade urgente de implantação de uma disciplina obrigatória sobre educação em saúde no fluxograma do curso de Pedagogia, de modo a facilitar a formação do professor para o desenvolvimento de competências sobre o ensino e o fomento da saúde nos ambientes educacionais. Esta formação deve ser muito mais ampla do que a compreensão das dimensões de saúde de forma isolada; deve ser uma estratégia de articulação transversal no currículo, a qual possa dar visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas, objetivando a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas.

Outrossim, faz-se necessário que o professor em formação perceba o aluno como agente ativo de saúde, parti-

cipante da transformação do seu entorno, sendo esta uma competência que não foi detectada no currículo analisado, o que compromete sobremaneira a formação do professor e, possivelmente, a sua prática profissional.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BOGUS, C. M. É possível avaliar um imperativo ético? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 605-615, Sept. 2004 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 24)

BULGRAEN, V. C. **O papel do professor e sua mediação nos processos de elaboração do conhecimento**. Revista Conteúdo, Capivari, v. 1, n. 4, ago./dez. 2010.

CAMPOS, G. W. de S. (Org.). Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: _____. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 1. ed. São Paulo, Fiocruz e Hucitec, 2006, p. 41-80.

CARDEIRA, A.R. Educação Emocional no Contexto Escolar. **Psicologia. Pt** - O Portal dos Psicólogos. 2012.

CRUZ, G. B.; AROSA, A. C. C. **A formação do pedagogo docente no curso de pedagogia**. Revista Educação e Cultura Contemporânea, v. 11, n. 26, 2014, p. 30-68.

FELIX, M. F. A.; NAVARRO, E. C. **Habilidades e competências: novos saberes educacionais e a postura do professor**. Revista Eletrônica Interdisciplinar. v. 2, n. 2, dez. 2009. Disponível em <http://revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/view/238>.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011. (Coleção Leitura)

GADIVIA et al. (2012) – incluir referência aqui

GRANVILLE-GARCIA, A. F. et al. **Conhecimento de professores do ensino fundamental sobre saúde bucal**. RGO. Porto Alegre, v. 55, n. 1, p. 29-34, jan./mar., 2007.

LEONELLO, V. M.; L'ABBATE, S. Health education in schools: an approach based on the curriculum and perception of undergraduate education students. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 10, n. 19, p. 149-66, Interface - Comunic., Saúde, Educ. jan/jun 2006.

MELLO JORGE, M. H. **O papel da escola na prevenção de acidentes e violências na infância e adolescência**. Rev Bras Saúde Esc. 3(1-4): 150-67, 1994.

MELLO, A. L. S. F.; MOYSES, S. T.; MOYSES, S. J. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 683-692, set. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2016.

MIZUKAMI, M. da G. Abordagem sócio-cultural. In: _____. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo: EPU, 1986, p. 85-103.

SAMPAIO, C. M. A.; SANTOS, M. S.; MESQUITA, P. **Do conceito de educação à educação no neoliberalismo**. Revista Diálogo Educacional, Curitiba, v. 3, n. 7, p. 165-178, 2002.

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. **Educação em saúde: novas perspectivas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1282.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2016.

SHEPHERD E CERQUEIRA (2003) – incluir referência aqui
SOUZA, A. M. A formação do Pedagogo para o trabalho no contexto hospitalar: a experiência da Faculdade de Educação da UnB. **Linhas Críticas**. Brasília, DF, v. 17, n. 33, p. 251-272, maio/ago. 2011.

TURCI, F. M. N. et al. **Ensaio - Ser pedagogo diante dos desafios da educação contemporânea**. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - Instituto de Ciências Humanas - Curso de Pedagogia. 2012. 21p.

VIANNA, C. E. S. **Evolução histórica do conceito de educação e os objetivos constitucionais da educação brasileira**. Janus, Lorena, ano 3, n. 4, 2006.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 1. ed. São Paulo, Fiocruz e Hucitec, 2006, p. 635-667.

COMPORTAMENTOS DE RISCO ENTRE ADOLESCENTES: CONHECER PARA INTERVIR

Lília Braga Maia, Jorge Mota, Ana Maria Fontenelle Catrib.

INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico, o aumento da expectativa de vida, do sedentarismo, do uso de drogas têm alterado significativamente os comportamentos da população, especialmente entre crianças e jovens. Dentre as doenças emergentes, diante da aquisição desses novos estilos de vida, encontram-se as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT).

O monitoramento dos estilos de vida é realizado em diversos países, com o intuito de apoiar políticas de prevenção das DCNT e promoção da saúde (MALTA *et al.*, 2015).

Embora as doenças infecciosas sejam ainda importantes, há um crescimento significativo das DCNT (BRASIL, 2014), tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade (BRASIL, 2015), afetando, sobretudo, pessoas de baixa renda, mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso a serviços de saúde. (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JÚNIOR, 2011).

As DCNT são aquelas de desenvolvimento lento, que duram períodos extensos – mais de 6 meses – e apresentam efeitos de longo prazo, difíceis de prever. A maioria dessas doenças não tem cura, como diabetes, asma, doença de

Alzheimer, hipertensão e neoplasias. No Brasil, as DCNT foram responsáveis, em 2011, por 72,7% do total de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (30,4% dos óbitos), as neoplasias (16,4%), o diabetes (5,3%) e as doenças respiratórias (6,0%) (MALTA *et al.*, 2014).

Os principais fatores de risco para as DCNT são o tabagismo, o consumo abusivo de álcool, o excesso de peso, os níveis elevados de colesterol, o baixo consumo de frutas e verduras e o sedentarismo (BRASIL, 2014). Os comportamentos de risco pesquisados neste estudo são o sedentarismo, o consumo de álcool e de cigarro.

Pinto e Silva (2015) constata o ritmo crescente das DCNT na infância e na adolescência e que muitos dos fatores de risco estão situados no campo do estilo de vida. Portanto, são passíveis de serem prevenidas ou controladas por meio da detecção precoce, adoção de dieta e hábitos saudáveis, prática de exercícios físicos e acesso ao tratamento adequado, recomendado pelo profissional de saúde (BRASIL, 2011), ou seja, adotando comportamentos saudáveis e evitando os de risco, especialmente na infância e na juventude. Os fatores de risco podem ser monitorados pelos estilos de vida adotados, que incluem opções e decisões tomadas pelo indivíduo com respeito à sua saúde e modo de levar a vida. (MALTA *et al.*, 2015) Diante disso, pode-se entender o “comportamento de risco” como o envolvimento em atividades que possam prejudicar tanto a saúde mental quanto a saúde física do indivíduo (MILANEZ; COSTA, 2013).

A proliferação de comportamentos de risco entre crianças e adolescentes vem atingindo um número elevado de jovens no mundo todo.

Os comportamentos de risco são frequentemente estabelecidos durante a infância e a adolescência, mantendo-se até a maioridade, estando correlacionados e sendo passíveis de prevenção, segundo a *World Health Organization* (WHO, 2007). Entretanto, se não combatidos, tendem a ser mantidos na vida adulta, tornando-se difíceis de ser alterados.

Alguns comportamentos iniciados durante a adolescência apresentam importantes consequências para a saúde na fase adulta, tais como relações sexuais desprotegidas, sedentarismo, uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas, que compreendem 17% da carga global de doenças em todas as idades. Estatísticas revelam que aproximadamente metade de 150 milhões de jovens usuários de tabaco que continuem com o ato de fumar na idade adulta terão como consequência uma morte prematura. Além disso, padrões de consumo estabelecidos no início da vida estão associados ou não com a dependência ou abuso de álcool na idade adulta. Infecções sexualmente transmissíveis podem ocasionar a infertilidade, assim como o câncer; e a infecção pelo HIV conduz a uma carga de cuidados crônicos dos sistemas de saúde (WHO, 2011).

Os comportamentos desenvolvidos durante a adolescência são frequentemente determinados pelo ambiente social e econômico em que os adolescentes crescem, que são, muitas vezes, inseguros e desfavoráveis. Assim, são necessárias ações para assegurar que as sociedades e seus sistemas de saúde respondam adequadamente às necessidades de saúde e de desenvolvimento dos adolescentes (OMS, 2011).

O investimento em políticas públicas para adolescentes hoje representa o cuidado com o investimento com os adultos, da mão de obra, de pais e trabalhadores do futuro

(VIEIRA; GUBERT, 2014). Investir mais cedo no ciclo de vida tem se revelado eficaz na melhoria dos resultados que os adolescentes alcançam em fases posteriores (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, PNUD, 2014). Dessa forma, os programas de Promoção da Saúde e prevenção de doenças devem ser iniciados na infância e na adolescência.

A Promoção da Saúde representa uma abordagem promissora para enfrentar os diversos problemas de saúde que afetam as populações humanas neste século, e a Educação em Saúde é estratégia dessa meta.

O desenvolvimento de intervenções de Promoção da Saúde eficazes é realizado a partir de levantamentos epidemiológicos da realidade escolar, ou seja, o diagnóstico inicial.

Diagnóstico situacional ou análise de situação em saúde é caracterizado pela avaliação das condições vividas por crianças e adolescentes em cada localidade, assim como das necessidades existentes nesses locais (BRASIL, 2011).

Para Homem D'el Rey (1984), uma proposta de intervenção educativa, planejada e eficiente deve abranger seis etapas: 1 - Diagnóstico da realidade escolar utilizado para elaborar a intervenção educativa; 2 - Identificação das práticas relativas ao problema que necessita de intervenção e determinantes prioritários; 3 - Determinação dos objetivos da intervenção educativa; 4 - Seleção das estratégias educativas; 5 - Previsão de recursos humanos e materiais; 6 - Determinação dos critérios e instrumentos de avaliação.

As informações colhidas neste diagnóstico inicial serão trabalhadas de modo a trazer esclarecimentos e conhecimen-

tos para os professores, familiares e voluntários (acadêmicos de Educação Física), para que eles possam ser agentes, junto aos jovens, na prevenção às drogas e na promoção de atividades físicas.

Além de relacionar os resultados desta fase com outras investigações no plano nacional e internacional e com a revisão bibliográfica deste estudo, tentou-se traçar o perfil de estudantes do nível médio de uma escola pública de Fortaleza/Ceará. Esta caracterização torna-se relevante a fim de que, ao discorrer sobre os resultados, possam-se conhecer as nuances e as diferenças de comportamentos entre jovens de diferentes regiões brasileiras e de outras nacionalidades.

As avaliações realizadas antes ou no início de uma intervenção, denominadas formativas, têm como finalidades produzir informações para orientar o desenvolvimento do programa, direcionar os recursos de forma racional e produtiva, mostrar se as atividades estão voltadas para os objetivos e se alguma estratégia ou ação necessita ser repensada (PEDROSA, 2001).

Na contextura explanada, objetivou-se realizar um levantamento epidemiológico acerca dos comportamentos relacionados à saúde dos estudantes do ensino médio (conhecer) antes do programa de intervenção (intervir), referentes ao consumo de álcool e de cigarro, e prática de atividade física.

METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação epidemiológica, de natureza descritiva, que tem como objetivo informar sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos.

A escolha do estudo epidemiológico foi subsidiada pela necessidade de atingir os objetivos estabelecidos, a saber: conhecer o perfil sociodemográfico de alunos do ensino médio; identificar os dados sobre o consumo do álcool e do cigarro; levantar a estatística da prática de atividade física.

Os achados foram obtidos a partir da aplicação de um questionário validado em uma escola de ensino médio no Município de Fortaleza/Ceará, em fevereiro de 2006, localizada na Regional II.

A amostra foi composta por 125 adolescentes do turno da tarde, entre 14 e 19 anos, divididos entre a primeira, a segunda e a terceira séries do ensino médio.

Selecionaram-se as seguintes variáveis: características sociodemográficas; Nível de Atividade Física; consumo de cigarro e álcool.

As características sociodemográficas analisadas foram: faixa etária, sexo, turma, estado civil, coabitação, número de irmãos, trabalha fora de casa, renda familiar.

A variável “Nível de atividade física” foi composta pelas atividades esportivas praticadas na escola, esporte praticado fora da escola e atividades físicas informais, e categorizada segundo as recomendações dos autores Sallis e Patrick (1994): (1) Muito ativos: relataram prática de atividade física (AF) entre cinco e sete dias por semana, com cada sessão superior a 45 minutos, de intensidade moderada e vigorosa; (2) Ativos: praticar AF entre três e cinco dias, com tempo de 20 a 45 minutos e/ou a média (32,5 minutos) de sessão, com intensidade vigorosa e moderada; (3) Pouco ativos: praticar AF menos de 20 minutos em cada sessão de atividade física, de um a três dias por semana; (4) Inativos: demais alunos.

Sobre o consumo do cigarro e do álcool, foram levantadas diversas questões: o consumo no ano, no mês, idade inicial, quem ofereceu pela primeira vez, onde estava quando experimentou pela primeira vez, entre outras questões.

Para realizar a análise estatística dos dados, compararam-se as variáveis de interesse, diante da estratificação por sexo dos indivíduos, com a utilização do teste de Qui-Quadrado, sendo que e quando necessário foi utilizado, também, o teste Exato de Fisher. O teste Exato de Fisher é usado quando alguma das frequências observadas nas tabelas de contingência é inferior a 5 (AGRESTI, 2002). O *software* utilizado nas análises foi o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 para *Windows*.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e pelo Comitê de Ética da Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza – UNIFOR (COÉTICA (Parecer n°. 387\2006).

RESULTADOS

Na fase do diagnóstico, são apresentados os resultados do levantamento epidemiológico com os 125 alunos. Esta seção está dividida em quatro partes: perfil sociodemográfico dos alunos; nível de atividade física; cigarro; álcool.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas avaliadas neste estudo. Identificou-se que o perfil dos alunos foi comparado a partir da categorização entre sexo

masculino e feminino. Porém, não foi observada em nenhum deles uma associação significativa, ou seja, para nenhuma das variáveis a distribuição dos dados se difere entre os indivíduos de sexo masculino e feminino.

Observou-se que a maioria dos alunos se encontrava na faixa etária de 16 a 17 anos de idade, eram solteiros, sem filhos, distribuídos nas três séries do ensino médio, moravam com a família, coabitavam com cinco ou mais pessoas, com a média de três irmãos, alguns alunos afirmaram trabalhar e, em mais da metade, possuíam renda familiar menor ou igual a R\$ 500,00 por mês.

Tabela 1 - Características da frequência relatada do perfil sociodemográfico dos alunos do grupo intervenção, no período de diagnóstico. Resultados estratificados por sexo.

| | Variáveis N | Masculino | | Feminino | | Total | | Valor-p |
|--------------------|-------------------|-----------|--------|----------|--------|-------|------|--------------------|
| | | % | N | % | N | % | N | |
| | | | | | | | | |
| Idade do aluno | 14 a 15 | 24 | 35,8% | 18 | 32,1% | 42 | 34% | 0,352 ¹ |
| | 16 a 17 | 28 | 41,8% | 30 | 53,6% | 58 | 47% | |
| | 18 a 19 | 15 | 22,4% | 8 | 14,3% | 23 | 19% | |
| | Total | 67 | 100,0% | 56 | 100,0% | 123 | 100% | |
| Estado Civil | Solteiro | 61 | 92,4% | 55 | 100,0% | 116 | 96% | 0,125 ² |
| | Casado | 4 | 6,1% | 0 | 0,0% | 4 | 3% | |
| | Outro | 1 | 1,5% | 0 | 0,0% | 1 | 1% | |
| | Total | 66 | 100,0% | 55 | 100,0% | 121 | 100% | |
| Tem filhos | Não | 63 | 94,0% | 55 | 98,2% | 118 | 96% | 0,375 ² |
| | Sim | 4 | 6,0% | 1 | 1,8% | 5 | 4% | |
| | Total | 67 | 100,0% | 56 | 100,0% | 123 | 100% | |
| | 1º ano | 26 | 39,4% | 19 | 33,9% | 45 | 37% | |
| Turma | 2º ano | 22 | 33,3% | 22 | 39,3% | 44 | 36% | 0,761 ¹ |
| | 3º ano | 18 | 27,3% | 15 | 26,8% | 33 | 27% | |
| | Total | 66 | 100,0% | 56 | 100,0% | 122 | 100% | |
| | Não | 0 | 0,0% | 1 | 1,9% | 1 | 1% | |
| Mora com a família | Sim | 67 | 100,0% | 52 | 98,1% | 119 | 99% | 0,442 ² |
| | Total | 67 | 100,0% | 53 | 100,0% | 120 | 100% | |
| | Até 4 pessoas | 24 | 35,8% | 28 | 50,9% | 52 | 43% | |
| Coabitação | 5 pessoas ou mais | 43 | 64,2% | 27 | 49,1% | 70 | 57% | 0,094 ¹ |
| | Total | 67 | 100,0% | 55 | 100,0% | 122 | 100% | |
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|-------------------|----|--------|----|--------|-----|------|--------------------|
| Nº de irmãos que moram juntos na mesma casa | Até 2 irmãos | 37 | 56,9% | 31 | 55,4% | 68 | 56% | 0,863 ¹ |
| | 3 irmãos ou mais | 28 | 43,1% | 25 | 44,6% | 53 | 44% | |
| | Total | 65 | 100,0% | 56 | 100,0% | 121 | 100% | |
| Trabalha fora de casa | Não | 47 | 73,4% | 40 | 71,4% | 87 | 73% | 0,806 ¹ |
| | Sim | 17 | 26,6% | 16 | 28,6% | 33 | 28% | |
| | Total | 64 | 100,0% | 56 | 100,0% | 120 | 100% | |
| Renda familiar mensal | Até R\$ 500,00 | 37 | 61,7% | 33 | 68,8% | 70 | 65% | 0,444 ¹ |
| | Mais de R\$500,00 | 23 | 38,3% | 15 | 31,2% | 38 | 35% | |
| | Total | 60 | 100,0% | 48 | 100,0% | 108 | 100% | |

Fonte: Elaborado pelo autor. ¹ Teste Qui-Quadrado, ² Teste Exato de Fisher.

ATIVIDADES FÍSICAS

O padrão da atividade física geral foi composto pelas atividades esportivas praticadas na escola e atividades físicas informais, esporte praticado fora da escola, como apresenta a Tabela 2.

Dessa forma, podem-se destacar as seguintes comparações significativas: os indivíduos do sexo masculino eram mais ativos no que diz respeito ao esporte praticado na escola, se comparados aos do sexo feminino, sendo que, enquanto 29,9% dos homens eram ativos ou muito ativos, apenas 12,5% das mulheres eram ativas ou muito ativas, sendo esta diferença significativa (valor - $p = 0,001$).

Azevedo *et al.* (2014) salientam que a promoção de atividade física nas fases iniciais da vida é uma importante prioridade de saúde pública, devido à tendência de o comportamento inativo se manter, ao longo do tempo, aos altos índices de inatividade física no início da adolescência, particularmente entre as meninas, e às evidências de que pela atividade física durante a adolescência se pode prever o futuro estilo de vida ativo ou sedentário.

Em outro estudo, na cidade de Jacarezinho/PR, os adolescentes do sexo masculino foram mais ativos fisicamente do que os do sexo feminino em todos os níveis de atividades físicas pesquisados. Além disso, com o aumento da idade cronológica, os índices de atividade física diminuíram (SANTOS *et al.*, 2014).

Entretanto, percebeu-se que o número de alunos inativos e pouco ativos, tanto masculinos (69,3%) como feminos (87,5%), que não praticavam esporte na escola, apesar de não ter sido significativo, o percentual foi alto.

Com relação às atividades físicas informais, observou-se uma grande diferença quanto ao número de indivíduos inativos, visto que 1,5% dos homens eram inativos, enquanto que 16,1% das mulheres eram inativas, sendo esta diferença significativa (valor- $p = 0,031$).

Os indivíduos do sexo masculino eram mais ativos no que diz respeito ao esporte praticado fora das escolas, se comparados aos do sexo feminino, de modo que, enquanto 50,8% dos homens eram ativos ou muito ativos, apenas 30,4% das mulheres eram ativas ou muito ativas, sendo esta diferença significativa (valor- $p = 0,027$).

Observou-se novamente que o número de alunos inativos e pouco ativos, tanto masculinos (75,1%) como feminos (87,8%), que não praticavam esporte fora da escola, apesar de não ter sido significativo na comparação entre sexos, o percentual também foi alto, confirmando as pesquisas nacionais e internacionais (KWAN *et al.*, 2012) de que os jovens estão cada vez mais sedentários.

Assim como observado nesta investigação, também tem sido elevada a proporção de jovens insuficientemente ativos nos âmbitos brasileiro e internacional.

Em Montes Claros, Minas Gerais, num estudo com crianças e adolescentes para analisar a aptidão física relacionada à saúde, os resultados mostraram que os escolares atenderam às exigências motoras mínimas recomendadas para satisfazer os critérios recomendados para a saúde. Os autores recomendam a urgente necessidade de se implementar programas de intervenção para o incentivo da prática de atividades físicas nas escolas (GUEDES *et al.*, 2012).

Em um estudo de coorte composta pelas crianças nascidas em Pelotas/RS, em 1993, a prática de atividade físi-

ca diminuiu entre os 11 e 18 anos de idade, especialmente entre as meninas, e o comportamento inativo tendeu a se manter ao longo do período (AZEVEDO *et al.*, 2014). Globalmente, os níveis de atividade física entre os adolescentes ainda são baixos e, de acordo com muitos estudos anteriores, diminuem com a idade (KALMAN *et al.*, 2015)

Em geral, a literatura aponta que os fatores associados ao sedentarismo entre adolescentes podem ser individuais (sexo feminino, faixa etária, etnia), socioeconômicos (baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo familiar), estilo de vida (consumo de álcool, drogas, relacionamentos sociais) (FARIAS JÚNIOR *et al.*, 2009). Tais informações são importantes, pois podem subsidiar políticas de promoção da atividade física entre os adolescentes.

Tabela 2 - Características da Atividade Física Geral dos alunos do grupo intervenção, na fase do diagnóstico. Resultados estratificados por sexo.

| Esporte praticado na escola | | | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------|----------|-----------------|----------|--------------|----------|----------|--------------------|
| | Masculino | | Feminino | | Total | | | |
| Variável | n | % | N | % | n | % | % | *p |
| Inativos | 14 | 20,9% | 30 | 53,6% | 44 | 35,8 | 100 | 0,001 |
| Pouco Ativos | 33 | 49,3% | 19 | 33,9% | 52 | 42 | 100 | |
| Ativos | 17 | 25,4% | 7 | 12,5% | 24 | 19,5 | 100 | |
| Muito ativos | 3 | 4,5% | 0 | 0,0% | 3 | 2,4 | 100 | |
| Atividades Físicas Informais | | | | | | | | |
| | Masculino | | Feminino | | Total | | | |
| Variável | n | % | N | % | n | % | % | P |
| Inativos | 1 | 1,5% | 9 | 16,1% | 10 | 8,1 | 100 | 0,031 ² |
| Pouco Ativos | 27 | 40,3% | 19 | 33,9% | 46 | 37,4 | 100 | |
| Ativos | 32 | 47,8% | 23 | 41,8% | 55 | 44,7 | 100 | |
| Muito ativos | 7 | 10,4% | 5 | 8,9% | 12 | 9,8 | 100 | |

| Esporte praticado fora da escola | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----------|-------|----------|-------|-------|------|-----|--------------------|
| Variável | Masculino | | Feminino | | Total | | | p |
| | n | % | N | % | n | % | % | |
| Inativos | 14 | 20,90 | 30 | 53,60 | 44 | 25,3 | 100 | 0,027 ² |
| Pouco Ativos | 32 | 54,20 | 19 | 33,9 | 51 | 52 | 100 | |
| Ativos | 15 | 25,40 | 7 | 12,5 | 21 | 21 | 100 | |
| Muito ativos | 2 | 3,40 | 0 | - | 2 | 2 | 100 | |

Fonte: Elaborado pelo autor. ² Teste Exato de Fisher.

CIGARRO

Na Tabela 3, encontram-se diversas variáveis relacionadas ao cigarro que foram comparadas diante da categorização por sexo dos participantes do estudo. Mas não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos.

Observou-se que o número de alunos masculino (83,6%) e femininos (80,4%) que afirmaram não fumar foi alto. Entretanto, para aqueles que fumavam, na pergunta sobre quem lhes ofereceu pela primeira vez, apareceram os amigos (19,3%) e “comprei sozinho(a)” (12%).

Um dos principais fatores de risco para o consumo do cigarro, álcool e drogas é a influência dos amigos (BROOKS-RUSSELL *et al.*, 2015).

Tabela 3 - Características da frequência relatada do consumo do tabaco, entre os alunos do grupo intervenção, no período de diagnóstico. Resultados estratificados por sexo.

| | Variáveis | | | | | | | | | | Valor-p |
|---|-------------------------------------|-----------|--------|----------|--------|-------|------|---|---|--------------------|---------|
| | N | Masculino | | Feminino | | Total | | % | % | % | |
| | | % | N | % | N | % | N | | | | |
| Já fumou cigarro | Não | 56 | 83,6% | 45 | 80,4% | 101 | 82% | | | 0,642 ¹ | |
| | Sim | 11 | 16,4% | 11 | 19,6% | 22 | 18% | | | | |
| | Total | 67 | 100,0% | 56 | 100,0% | 123 | 100% | | | - | |
| De um ano para cá, fumou algum cigarro | Não | 62 | 92,5% | 53 | 94,6% | 115 | 93% | | | 0,727 ² | |
| | Sim | 5 | 7,5% | 3 | 5,4% | 8 | 7% | | | | |
| | Total | 67 | 100,0% | 56 | 100,0% | 123 | 100% | | | - | |
| De um mês para cá, fumou algum cigarro | Não | 65 | 97,0% | 54 | 96,4% | 119 | 97% | | | 1,000 ² | |
| | Sim | 2 | 3,0% | 2 | 3,6% | 4 | 3% | | | | |
| | Total | 67 | 100,0% | 56 | 100,0% | 123 | 100% | | | - | |
| Quem lhe ofereceu cigarro pela primeira vez | Nunca fumei | 54 | 81,8% | 46 | 86,8% | 100 | 84% | | | | |
| | Amigos | 9 | 13,6% | 3 | 5,7% | 12 | 10% | | | 0,354 ² | |
| | Comprei sozinho (a) | 3 | 4,5% | 4 | 7,5% | 7 | 6% | | | | |
| | Total | 66 | 99,9% | 53 | 100,0% | 119 | 100% | | | - | |
| | Nunca fumei | 54 | 87,1% | 45 | 84,9% | 99 | 86% | | | | |
| Onde estava quando experimentou cigarro pela primeira vez | Em casa | 2 | 3,2% | 3 | 5,7% | 5 | 4% | | | | |
| | Bares, Danceterias, Boates | 5 | 8,1% | 2 | 3,8% | 7 | 6% | | | 0,482 ² | |
| | Casa de amigos, família, conhecidos | 1 | 1,6% | 3 | 5,7% | 4 | 3% | | | | |
| | Total | 62 | 100,0% | 53 | 100,1% | 115 | 100% | | | - | |

Fonte: Elaborado pelo autor. ¹ Teste Qui-Quadrado, ² Teste Exato de Fisher.

ÁLCOOL

Na Tabela 4, a seguir, as variáveis relacionadas ao álcool foram comparadas diante da estratificação por sexo dos indivíduos. Desta forma, destacam-se as seguintes comparações significativas: o percentual de homens (41,8%) que “de um mês para cá” havia tomado alguma bebida alcoólica foi significativamente superior (valor-p=0,030) ao percentual de mulheres (23,2%) que “de um mês para cá” havia tomado alguma bebida alcoólica. O percentual de mulheres (87,8%) que consideraram que tomar bebidas alcoólicas é um vício difícil de tratar foi significativamente superior (valor-p = 0,033) ao percentual dos homens (69,2%) que pensavam da mesma forma.

Observou-se também que o índice de alunos que já haviam tomado bebida alcoólica foi alto entre os rapazes (73,1%) e entre as moças (71,4%). Diferentemente do estudo de Lopes e Rezende (2014), segundo o qual o consumo do álcool foi prevalente na vida dos adolescentes do sexo masculino e nos estudantes das escolas particulares.

Estudos epidemiológicos demonstram que o uso abusivo de álcool é considerado como um dos mais graves problemas de saúde pública no Brasil e as consequências decorrentes do seu consumo compreendem complicações físicas, psíquicas e sociais (LIMA *et al.*, 2014).

Tabela 4 - Características da frequência relatada do consumo do álcool, entre os alunos do grupo intervenção, no período de diagnóstico. Resultados estratificados por sexo.

| Variáveis | Masculino | | Feminino | | Total | | Valor-p |
|--|---------------------|--------|----------|--------|--------|------|---------|
| | N | % | N | % | N | % | |
| Já tomou alguma bebida alcoólica | Não | 18 | 26,9% | 16 | 28,6% | 34 | 28% |
| | Sim | 49 | 73,1% | 40 | 71,4% | 89 | 72% |
| | Total | 67 | 100,0% | 56 | 100,0% | 123 | 100% |
| De um ano para cá tomou alguma bebida alcoólica | Não | 22 | 32,8% | 21 | 37,5% | 43 | 35% |
| | Sim | 45 | 67,2% | 35 | 62,5% | 80 | 65% |
| | Total | 67 | 100,0% | 56 | 100,0% | 123 | 100% |
| De um mês para cá tomou alguma bebida alcoólica | Não bebi | 39 | 58,2% | 43 | 76,8% | 82 | 67% |
| | Sim | 28 | 41,8% | 13 | 23,2% | 41 | 33% |
| | Total | 67 | 100,0% | 56 | 100,0% | 123 | 100% |
| Nunca bebi | Não | 18 | 26,9% | 16 | 28,6% | 34 | 28% |
| | Cerveja | 22 | 32,8% | 22 | 39,3% | 44 | 36% |
| | Cachaça, caipirinha | 8 | 11,9% | 4 | 7,1% | 12 | 10% |
| Tipo de bebida alcoólica você tomou por último | Sidra ou Champanhe | 7 | 10,4% | 6 | 10,7% | 13 | 11% |
| | Vinho | 10 | 14,9% | 5 | 8,9% | 15 | 12% |
| | Outros | 2 | 3,0% | 3 | 5,4% | 5 | 4% |
| Total | 67 | 100,0% | 56 | 100,0% | 123 | 100% | |
| Já tomou alguma bebida alcoólica até se embriagar ("porre") | Não | 49 | 73,1% | 43 | 78,2% | 92 | 75% |
| | Sim | 18 | 26,9% | 12 | 21,8% | 30 | 25% |
| | Total | 67 | 100,0% | 55 | 100,0% | 122 | 100% |
| De um mês para cá tomou alguma bebida alcoólica até se embriagar ("porre") | Não | 58 | 86,6% | 54 | 96,4% | 112 | 91% |
| | Sim | 9 | 13,4% | 2 | 3,6% | 11 | 9% |
| | Total | 67 | 100,0% | 56 | 100,0% | 123 | 100% |

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|----|--------|----|--------|-----|------|--------------------|
| Nunca bebi | 18 | 32,7% | 16 | 32,7% | 34 | 33% | |
| Em casa | 7 | 12,7% | 9 | 18,4% | 16 | 15% | |
| Bares, Danceterias, Boates | 11 | 20,0% | 7 | 14,3% | 18 | 17% | 0,795 ¹ |
| Casa de amigos, família, conhecidos | 19 | 34,5% | 17 | 34,7% | 36 | 35% | |
| Total | 55 | 99,9% | 49 | 100,1% | 104 | 100% | - |
| Nunca bebi | 18 | 32,7% | 16 | 32,7% | 34 | 33% | |
| Familiares | 9 | 16,4% | 9 | 18,4% | 18 | 17% | |
| Amigos | 23 | 41,8% | 18 | 36,7% | 41 | 39% | 0,613 ² |
| Comprei sozinho(a) | 4 | 7,3% | 2 | 4,1% | 6 | 6% | |
| Outros | 1 | 1,8% | 4 | 8,2% | 5 | 5% | |
| Total | 55 | 100,0% | 49 | 100,1% | 104 | 100% | - |
| Não costumo beber | 37 | 56,1% | 25 | 44,6% | 62 | 51% | |
| Cerveja | 19 | 28,8% | 20 | 35,7% | 39 | 32% | 0,444 ² |
| Cachaça, caipirinha | 5 | 7,6% | 3 | 5,4% | 8 | 7% | |
| Uísque, outros | 5 | 7,6% | 8 | 14,3% | 13 | 11% | |
| Total | 66 | 100,1% | 56 | 100,0% | 122 | 100% | - |
| Não costumo beber | 34 | 51,5% | 27 | 48,2% | 61 | 50% | |
| Familiares | 6 | 9,1% | 5 | 8,9% | 11 | 9% | |
| Amigos | 21 | 31,8% | 20 | 35,7% | 41 | 34% | 0,983 ² |
| Sozinho | 1 | 1,5% | 0 | 0,0% | 1 | 1% | |
| Outros | 4 | 6,1% | 4 | 7,1% | 8 | 7% | |
| Total | 66 | 100,0% | 56 | 99,9% | 122 | 100% | - |
| Não | 41 | 61,2% | 38 | 69,1% | 79 | 65% | 0,364 ¹ |
| Sim | 26 | 38,8% | 17 | 30,9% | 43 | 35% | |
| Total | 67 | 100,0% | 55 | 100,0% | 122 | 100% | - |

Fonte: Elaborado pelo autor. ¹ Teste Qui-Quadrado, ² Teste Exato de Fisher.

CONCLUSÃO

Nos resultados obtidos neste estudo, foi possível identificar alguns comportamentos de risco, como consumo elevado do álcool para ambos os sexos e sedentarismo, especialmente entre o sexo feminino.

Entende-se que, para a informação (conhecer) se transformar em ação (intervir) e gerar mudanças, é necessário desenvolver junto aos jovens um conjunto de habilidades e competências. O monitoramento dos comportamentos de risco relacionados à saúde dos adolescentes é importante para se traçarem estratégias, ações de educação em saúde e se planejarem os programas de intervenção nas escolas.

REFERÊNCIAS

- AGRESTI, A. **Categorical data analysis**. New York: Wiley, 2002.
- AZEVEDO, M. R.; MENEZES, A. M.; ASSUNÇÃO, M. C.; GONÇALVES, H.; ARUMII, I.; HORTA, B. L.; HALLAL, P. C. **Tracking of physical activity during adolescence: the 1993 Pelotas Birth Cohort, Brazil**. Rev Saúde Pública, 48(6), p.925-930, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4285821/>. Acesso em: 16 mai. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 86, p (Série A. Normas e Manuais técnicos). ISBN 978-85-334-1836-3. Disponível em: <<http://www>.

telessaude.uft.edu.br/images/downloads/material/metodologiapa-
racuidadocd.pdf. >. Acesso em: 12 mai. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.** Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148 p: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/917_cartilha_dcnt.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2014. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BROOKS-RUSSELL, A *et al.* **Dynamic Patterns of Adolescent Substance Use:** Results From a Nationally Representative Sample of High School Students. **J Stud Alcohol Drugs.** Nov;76(6), p.962-70, 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26562606>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

FARIAS JÚNIOR, J. C. *et al.* **Comportamento de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados.** Revista panamericana de salud publica, Washington, DC, v. 25, no. 4, p. 344-352, 2009. Disponível em: <<http://iris.paho.org/>

xmlui/bitstream/handle/123456789/9857/09.pdf?sequence=1&ci-sAllowed=y>. Acesso em: 15 jun. 2016.

GUEDES, D. P.; MIRANDA, N. J. T.; GERMANO, J. M.; LOPES, V.; SILVA, A. J. R. M. E. Aptidão Física Relacionada à Saúde de Escolares: Programa *Fitnessgram*. **Rev Bras Med Esporte** – v. 18, n. 2, mar/abr, 2012.

HOMEM D'EL REY, D.C **Planejamento de Educação em Saúde de na Divisão Nacional de Educação em Saúde/SNABS/MS**. São Paulo, BR: Faculdade de Saúde Pública., 1984.

KALMAN, MICHAL *et al.* Secular trends in moderate-to-vigorous physical activity in 32 countries from 2002 to 2010: a cross-national perspective. **European Journal of Public Health**, v. 25, Supplement 2, 2015, 37–40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv024> 37-40 First published online: 24 march 2015

KWAN, M. Y; CAIRNEY J; FAULKNER, G. E.; PULLENAYEGUM E. E. Physical Activity and Other Health-Risk. Behaviors During the Transition Into Early Adulthood; A Longitudinal Cohort Study. **Am J Prev Med**; 42(1), p. 14–20, 2012.

LIMA, K. C. B.; MATA, R. N.; SANTOS, G. R. D.; TEIXEIRA G. M.; AMARAL, A. K. M.; BOTTI, N. C. L. Estudos epidemiológicos demonstram que o uso abusivo de álcool é considerado como um dos mais graves problemas de saúde pública no Brasil As consequências decorrentes do seu consumo compreendem complicações físicas, psíquicas e sociais. **Rev. APS**. abr/jun; 17(2), p. 229-235, 2014.

LOPES, A. P; REZENDE, M. M. **Consumo de substâncias psicoativas em estudantes do ensino médio**. Revista Psicologia: Teoria e Prática, 16(2), 29-40. São Paulo, SP, maio-ago. 2014. ISSN 1516-3687 (impresso), ISSN 1980-6906 (*on-line*). <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n2p29-40>.

MALTA, D. C.; NETO, M. O. L.; JUNIOR, S. J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 20(4), p. 425-438, out-dez, 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002>. Acesso em 08 jul. 2016.

MALTA, D. C.; MOURA, L.; PRADO, ROGÉRIO RUSCITTO DO; ESCALANTE, J. C.; SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 23(4), p. 599-608, out-dez 2014. doi: 10.5123/S1679-49742014000400002.

MALTA, DEBORAH CARVALHO *et al.* Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 24(2), p. 217-226, abr-jun 2015. doi: 10.5123/S1679-497420150002000004.

MILANEZ, E. F.; COSTA, C. M. Uma análise do comportamento de risco entre os adolescentes da grande vitória. XXXVII Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro (RJ), 7 a 11 set. 2013.

Disponível em: <http://www.fucape.br/_public/producao_cientifica/2/APB779-%20Estefania%20Falqueto%20Milanez.pdf>. Acesso em 08 de julho de 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres e saúde**: evidências de hoje, agenda de amanhã. 2009. Tradução do original em inglês e publicação em língua portuguesa foi possível por meio do apoio do Programa de Cooperação Internacional em Saúde da OPAS/OMS no Brasil e Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf> Acesso em 15 jun, 2016.

PEDROSA, J.I. dos S. Avaliação das práticas educativas em saúde. In E.M. Vasconcelos, **A saúde nas palavras e nos gestos**: Reflexões

da rede educação popular e saúde. São Paulo, BR: HUCITEC, pp. 24-32, 2001.

PINTO, SÔNIA LOPES; SILVA, RITA DE CÁSSIA RIBEIRO. Hipertensão arterial na infância e adolescência – prevalência no Brasil e fatores associados: uma revisão. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 14, n. 2, p. 225-232, mai./ago. 2015. Disponível em: < <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/5175/10844>>. Acesso em: 08 jul. 2016.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Relatório do Desenvolvimento Humano 2014 Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência**. Portugal: Camões - Instituto da Cooperação e da Língua, 2014.

SALLIS, J.F, PATRICK, K. Physical Activity guidelines for adolescents: Consensus statement. **Pediatric Exercise Science**, 6 (4), p. 302-314, 1994.

SANTOS, G. C.; NETO, A. S.; SENA, J. S.; CAMPOS, W. Atividade física em adolescentes: uma comparação entre os sexos, faixas etárias e classes econômicas. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, Pelotas/RS. 19(4), p. 455-456, Jul/2014. <http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.19n4p455>.

VIEIRA, N. F. C.; GUBERT, F. A. Promoção de saúde do adolescente e concepções do cuidado. **Promoção de Saúde na Adolescência e concessões de cuidados**. Org: Raimunda Magalhaes da Silva, Ana Maria Fontenelle Catrib. Fortaleza: EdUECE, 2014. pp. 18-34.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2007). **Global School health initiative**. Geneva: World Health Organization. Consult. 13 Jan 2007. Disponível em: < http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/index.html>. Acesso em: 08 jul. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Young people: health risks and solutions.** SIXTY-FOURTH WORLD HEALTH ASSEMBLY A64/25. Provisional agenda item 13.16. 28 April 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_25-en.pdf. > Acesso em: 10 jun. 2016.

SOBRE OS AUTORES

Adrián Ponz – Biólogo. Doutor em Biologia e Docente do Departamento de Didática das Ciências Experimentais da Universidade de Zaragoza - Espanha.

Adryana Aguiar Gurgel – Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura de Fortaleza.

Aline de Souza Pereira – Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pelo departamento de Pós-graduação em Saúde Coletiva Associação ampla UFC/UECE/UNIFOR. Docente da FANOR e Centro Universitário Estácio FIC.

Aline Veras Moraes Brilhante – Médica, Doutora em Saúde Coletiva em Associação ampla UFC/UECE/UNIFOR. Docente da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR

Amanda Correia Soares – Nutricionista e Especialista em Atenção Básica e Educação em Saúde Coletiva.

Anna Paula Sousa da Silva – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Docente da graduação em Enfermagem da Faculdade Nordeste (FANOR) e Universidade Christus (Unichristus).

Ana Cristina Pereira de Jesus Costa – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMA.

Ana Carla Leite de Castro – Graduanda em Psicologia pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Ana Maria Fontenelle Catrib – Pedagoga. Pós-doutora em Saúde Coletiva - UNICAMP. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e Fisioterapia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR e do Doutorado em Saúde Coletiva da UECE/UFC/ UNIFOR. Pq-CNPq

Amanda Peres Lustosa – Nutricionista. Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará, Brasil (2015). Professora do Instituto Centro de Ensino Tecnológico, Brasil.

Beatriz Carrasquer – Ingeniera Química. Doctorado en Energías Renovables y Eficiencia Energética, Docente en el Dpto. de Ingeniería Mecánica de la Escuela de Ingeniería y Arquitectura en la Universidad de Zaragoza;

Camila Bezerra da Silva – Fonoaudióloga. Fonoaudióloga da Secretaria da Educação do município de Aracoiaba – Ceará.

Camila de Queiroz Carvalho – Acadêmica de Enfermagem Fanor - Devry Brasil.

Ceci Vilar Noronha – Graduada em Ciências Sociais. Doutora em Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, Brasil. Professor Associado da Universidade Federal da Bahia.

Célida Juliana de Oliveira – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA).

Christina César Praça Brasil – Fonoaudióloga. Doutora em Saúde Coletiva - Programa de Associação Ampla – Universidade Estadual do Ceará/Universidade Federal do Ceará/ Universidade de Fortaleza. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

Cintia de Oliveira Castelo Branco Sales – Terapeuta Ocupacional. Mestre em Saúde Coletiva - Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Terapeuta Ocupacional da Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Físicos de Volta Redonda - RJ.

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro - Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva - Universidade de Fortaleza. Mestre em Educação em Saúde - Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Docente do curso de Fisioterapia. Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza. Ceará.

Cristiano Araújo Teles - Fisioterapeuta. Mestre em Educação em Saúde - Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza. Ceará.

Danilo Pinheiro – Graduação em Ciências Sociais – UECE. Mestre em Ciências Sociais – UFRN. Docente do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza -UNIFOR

David Agud – Biólogo e Mestre em Educação. Professor do Ensino Médio e do Departamento de Didática de Ciências Experimentais e Sociais da Universidade de Valencia.

Daniele de Araújo Oliveira Carlos – Fonoaudióloga. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

Daniella Barbosa Campos – Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Denise Klein Antunes – Graduação em Fonoaudiologia. Mestre em Educação em Saúde - Universidade de Fortaleza. Docente do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade de Fortaleza.

Dolores Gil – Psicóloga. Professora Titular da Universitat de València no Departamento de Psicologia Evolutiva e da Educação.

Elen Cristina Duarte Virgínio – Graduada em Enfermagem e Enfermeira ESF Domingos da Costa da Prefeitura Municipal de Boa Viagem.

Emiliana Bezerra Gomes – Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde - Universidade Estadual do Ceará, Brasil (2010). Professora Assistente da Universidade Regional do Cariri, Brasil.

Francisca Bertília Chaves Costa – Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza/CE.

Ismênia de Carvalho Brasileiro – Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva em parceria ampla Universidade Estadual do Ceará - UECE/Universidade Federal do Ceará - UFC/ Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Professora Assistente do curso de graduação em Fisioterapia do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Iaramina Marques Ramos – Discente de Fisioterapia. Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza. Ceará.

Isabella Lima Barbosa – Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva – Ampla Associação UFC, UECE e UNIFOR. Docente da graduação em Enfermagem do Centro Educacional Estácio do Ceará, Faculdade Nordeste (FANOR) e Unichristus.

Irene Guijarro – Licenciada en Biología y master en formación del profesorado de educación secundaria. Colaboradora del departamento de Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales de la Universitat de València, en el proyecto de Promoción y Educación para la Salud COMSAL.

Jader Breno Soares de Gouveia – Graduando em psicologia - Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

Jesús Beltrán - Licenciado en Biología y master en formación del profesorado de educación secundaria. Colaborador del departamento de Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales de la Universitat de València, en el proyecto de Promoción y Educación para la Salud COMSAL. Profesor en un centro educativo de la etapa secundaria.

João Lucas Aguiar Lima – Discente de Fisioterapia. Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza. Ceará.

Jorge Mota – Doutor em Ciências do Desporto - Faculdade de Desporto da Universidade do Porto-Portugal. Diretor do Centro de Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer. (CIAFEL-PT).

Josefa Ferreira de Souza – Graduação em Fonoaudiologia. Fonoaudióloga da Secretaria de Saúde do município de Cedro – Ceará.

Juliana Guimarães e Silva – Enfermeira. Doutora em Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, Brasil. Docente e Docente da Universidade do Minho - Braga - Portugal.

July Grassiely de Oliveira Branco – Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva - Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

Kenya Waléria de Siqueira Coelho Lisboa – Enfermeira. Mestre em Nutrição - Universidade Federal de Pernambuco. Professora assistente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri – URCA.

Karla Maria Carneiro Rolim – Enfermeira. Pós-Doutora - Universidade de Rouen/França (CHU-ROUEN). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem, do Mestrado em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Kamila Ferreira Lima – Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (PPENF/UFC).

Lilia Braga Maia – Educadora Física. Pós-Doutoranda em Saúde Coletiva - Universidade de Fortaleza – (UNIFOR, 2016). Doutorado em Ciências do Desporto, Faculdade do Desporto da Universidade do Porto (FADEUP, 2007), Mestrado em Educação em Saúde (UNIFOR, 2002). Professora Adjunta da Universidade Regional do Cariri (URCA).

Lucianna Leite Pequeno – Cirurgiã-Dentista. Doutoranda em Saúde Coletiva. Universidade de Fortaleza, UNIFOR. Docente do Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira – Enfermeira. Doutora em Enfermagem.. Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Pq-CNPq.

Mariana Ramalho de Farias – Cirurgiã-Dentista. Doutora em Saúde Coletiva – em Associação Ampla UECE-UFC-UNIFOR. Docente do Curso Odontologia da Universidade Federal do Ceará, Brasil.

Marta Talavera – Bióloga. Professora Ayudante Doctor en la Facultad de Magisterio de la Universidad de Valencia en el departamento de Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales.

Maria Vieira de Lima Saintrain – Cirurgiã-Dentista. Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

María Victoria Álvarez – Doutora em Ciencias. Professora do Departamento de Didáctica das Ciencias Experimentales da Universidad de Zaragoza-España

Mariana Barroso Maciel Costa – Graduanda em Medicina - Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Maxmiria Holanda Batista – Psicóloga. Doutoranda em Saúde Coletiva Associação Ampla UECE-UFC e UNIFOR. Docente do Curso de Psicologia da Universidade de Fortaleza.

Mayka Melânia Castro e Silva – Graduação em Fisioterapia - Centro Universitário Estácio do Ceará.

Maria Eugênia Alves Almeida Coelho – Enfermeira. Especialista em Administração de Serv. de Saúde Pública e Hospitalar - Universidade de Ribeirão Preto, Brasil. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri.

Mirna Albuquerque Frota – Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva - Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Professora Titular do Curso de Enfermagem, Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Neiva Francenely Cunha Vieira – Enfermeira. PhD em *Health Education* - Universidade de Bristol. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UFC.

Nuno Damácio de Carvalho Félix – Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem - Universidade Regional do Cariri, Brasil.

Paulo Leonardo Ponte Marques – Cirurgião-Dentista. Doutorando em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza, UNIFOR.

Patrícia Helena de Oliveira Holanda – Graduação em Fisioterapia - Centro Universitário Estácio do Ceará, Brasil.

Poliana Hilário Magalhães – Enfermeira com Especialização em Saúde Coletiva – Universidade de Fortaleza, Brasil (2015). Apoio Técnico à Pesquisa da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Brasil.

Raimunda Magalhães da Silva – Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva - UNICAMP. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Pq-CNPq.

Raíssa Jamaru Pinheiro Rodrigues – Graduada em Medicina - Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

Rayssa Pinheiro Lourenço – Graduada em Medicina – Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

Samira Valentim Gama Lira – Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva – Uece - Ufc pela Universidade Estadual do Ceará, Brasil (2014). Docente do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza.

Sanderis Aline Saldanha Lima – Graduada em Psicologia -Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Soraya da Silva Trajano – Graduada em Fisioterapia – Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Mestranda em Saúde Coletiva – UNIFOR.

Stefanie Garcia da Silva Cruz Lima – Fonoaudióloga. Especialista em Neurociências e Reabilitação.

Tallys Newton Fernandes de Matos – Psicólogo.Mestrando em Saúde Coletiva -Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

Tattieri Alenninne Cardoso Barros – Graduada em Medicina pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Valentín Gavidia – Professor Catedrático da Universidade de Valencia-Espanha no Departamento de Didáctica de las Ciencias Experimentais e Sociais. Coordena o Grupo de Pesquisa COMSAL (Competencias em Saúde).

Valéria Cristina Estevam de Almeida – Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Waleska Nunes de Albuquerque – Terapeuta Ocupacional. Doutoranda em Saúde Pública pela UNIAMERICAS, Brasil.

Wivianne de Farias Holanda – Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário Estácio do Ceará.

