

Ana Maria Fontenelle Catrib  
Valentin Gavidia Catalan  
Lidia Andrade Lourinho

# PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS ESPAÇOS EDUCACIONAIS



## UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

### REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

### VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

### EDITORA DA UECE

Erasmus Miessa Ruiz

### CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso	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

Valentin Gavídia Catalan

Lídia Andrade Lourinho

# PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS ESPAÇOS EDUCACIONAIS

1ª Edição

Fortaleza - CE

2015



## PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS ESPAÇOS EDUCACIONAIS

© 2015 *Copyright by* Ana Maria Fontenelle Catrib, Valentin Gavídia Catalan e Lídia Andrade Lourinho

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. FAX: (85) 3101-9893  
Internet: [www.uece.br/eduece](http://www.uece.br/eduece) – E-mail: [eduece@uece.br](mailto:eduece@uece.br)

Editora filiada à



### Coordenação Editorial

Erasmus Ruiz

### Diagramação e Capa

Narcélio Lopes

### Revisão de Texto

Vianney Mesquita

### Ficha Catalográfica

Vanessa Cavalcante Lima – CRB 3/1166

---

P 965      Promoção da saúde nos espaços educacionais / Ana Maria Fontenelle  
                 Catrib, Valentin Gavídia Catalan, Lídia Andrade Lourinho (orgs.). –  
                 Fortaleza: EdUECE, 2015.

358 p.  
ISBN: 978-85-7826-272-3

1. Ambiente escolar – Saúde. 2. Inclusão social. 3. Qualidade de vida.  
4. Materiais e métodos de ensino.

CDD: 370

---

### **Adriana Rolim Campos**

Farmacêutica. Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. Professora Titular da Universidade de Fortaleza-Unifor. Bolsista de produtividade em Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora do Cnpq. Professora dos Programas de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva, Ciências Médicas e em Biotecnologia (Renorbio) da Universidade de Fortaleza.

### **Agustín Pozo Tamayo**

Laboratorio de Educación para la Salud. Área de Didáctica de las Ciencias Experimentales de Badajoz. Universidad de Extremadura- Espanha.

### **Aline Veras Moraes Brilhante**

Médica. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação ampla UECE/UFC/UNIFOR. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Preceptora da residência médica do Hospital Geral de Fortaleza – HGF. Professora do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

### **Ana Maria Fontenelle Catrib**

Pedagoga. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia-UFBA. Mestra em Educação pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-Universidade de Fortaleza-UNIFOR e do Doutorado em Saúde Coletiva associação ampla UECE/UFC/UNIFOR. Líder no CNPq do grupo de pesquisa Saúde nos Espaços Educacionais. Bolsista PQ-CNPq.

### **Anairtes Martins de Melo**

Fisioterapeuta. Pós-Graduação em Ventilação Mecânica - Centro Universitário Estácio FIC. Especialista em Desenvolvimento Infantil pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Docente da Fanor DeVry Brasil.

### **Artur Gomes de Oliveira**

Mestre em Administração. Doutorando em Administração-Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Professor do Instituto Federal, Ciência e Tecnologia de Sergipe.

### **Brasília Maria Chiari**

Fonoaudióloga. Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo. Mestra em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo e Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade de São Paulo. Professora Titular e Docente Livre da Universidade Federal de São Paulo.

### **Carlos Antônio Bruno da Silva**

Médico. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília-UNB. Docente do Curso de Nutrição e Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

### **Caroline Bitar da Cunha Olegário**

Bacharela em Direito. Acadêmica de Psicologia da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Membro do grupo de pesquisa do CNPq Saúde nos Espaços Educacionais.

### **Cíntia de Oliveira Castelo Branco Sales**

Terapeuta Ocupacional. Mestranda em Saúde Coletiva-Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Bolsista a Fundação

Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico- FUNCAP. Membro Efetiva do Núcleo de Pesquisa e Estudo em Saúde da Criança-NUPESC/CNPq/UNIFOR. Especialista em Psicomotricidade pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

### **Constantino Ruiz Macías**

Laboratorio de Educación para la Salud. Área de Didáctica de las Ciencias Experimentales de Badajoz. Universidad de Extremadura-Espanha.

### **Christina César Praça Brasil**

Fonoaudióloga. Doutora em Saúde Coletiva-Programa pela Associação ampla UECE/UFC/UNIFOR. Especialista em Linguagem pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina. Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ. Professora do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

### **Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos**

Nutricionista. Docente do curso de Ciências da Nutrição da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – associação ampla entre a Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Especialista em Linguagem pela Universidade de Fortaleza -UNIFOR.

### **Danielle Malta Lima**

Biomédica. Doutora em Medicina (Clínica Médica) pela Universidade de São Paulo-USP. Professora adjunta da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Professora dos Programas de Pós-Graduação stricto sensu em Saúde Coletiva, Ciências Médicas e em Biotecnologia (Renorbio) da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

### **Danny Garcia Sales**

Fisioterapeuta. Mestra em Ensino da Saúde pela Universidade Estadual do Ceará-UECE. Docente da FANOR DeVry Brasil.

### **Eliane de Sousa Leite**

Enfermeira. Servidora técnico-administrativa da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

### **Fabia Azambuja Pereira Salviano**

Fisioterapeuta. Pós-Graduada em RPG/ Reproturarse pela escola Brasileira de Osteopatia e Terapia Manual/ faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais-FCMMG-MG, Mestra em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará-UECE e Docente da Fanor DeVry Brasil.

### **Fabiana Pinto de Almeida Bizarria**

Psicóloga. Especialista em Saúde Pública. Mestra e Doutoranda em Administração pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

### **Fábio Luiz Benicio Maia Nogueira**

Mestre em Administração pela Universidade de Fortaleza. Administrador da Universidade Federal do Ceará-UFC.

### **Fátima Luna Pinheiro Landim**

Enfermeira. Pós-doutora em Saúde Coletiva-Instituto em Saúde de Coletiva – ISC da Universidade Federal da Bahia-UFBA. Docente do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza -UNIFOR.

### **Francisca Lucélia Ribeiro de Farias**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

### **Francisco Antônio da Cruz Mendonça**

Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família pela UFC. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará-UECE. Doutorando em Saúde Coletiva-associação ampla UECE/UFC/UNIFOR. Docente da Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio de Sá do Ceará e Faculdades Nordeste.

### **Gabriela da Cunha Gomes**

Psicóloga. Mestranda em Saúde Coletiva-pela-Universidade de Fortaleza-UNIFOR e Membro do grupo de pesquisa do CNPq Saúde nos Espaços Educacionais.

### **Girliani Silva de Sousa**

Enfermeira. Doutoranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Docente do curso de Enfermagem -Universidade Federal de Pernambuco-UFPE.

### **Heraldo Simões Ferreira**

Educador Físico. Mestre em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Doutor em Saúde Coletiva pela associação ampla UECE/UFC/UNIFOR. Professor assistente da Universidade Estadual do Ceará-UECE.

### **Javier Cubero Juárez**

Laboratorio de Educación para la Salud. Área de Didáctica de las Ciencias Experimentales de Badajoz. Universidad de Extremadura- Espanha.

### **João Henrique Freitas Colares**

Médico. Especialista em Cirurgia Pediátrica. Mestrando em Saúde Coletiva-Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Médico-assistente no Hospital Infantil Albert Sabin, Hospital Universitário Walter Cantídio e Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara.

### **Juan Nadson Marques Melo**

Graduado em Tecnologia em Gestão Ambiental pelo Instituto Federal do Ceará-IFCE, graduando em Arquitetura e Urbanismo-Universidade de Fortaleza-UNIFOR, bolsista de Iniciação Científica do Laboratório de Estudo das Relações Humano-Ambientais LERHA-UNIFOR.

### **Kamila Ferreira Lima**

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Bolsista de Iniciação Científica-PIBIC/CNPq. Membro Efetiva do Núcleo de Pesquisa e Estudo em Saúde da Criança-NUPESC/CNPq/UNIFOR. Liana Pinheiro Quinderé. Graduanda do curso de Ciências da Nutrição da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

### **Lídia Andrade Lourinho**

Fonoaudióloga. Mestra em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Doutoranda em Saúde Coletiva-associação ampla UECE/UFC/UNIFOR. Professora titular da Ratio Faculdade. Membro efetiva do grupo de pesquisa do CNPq Saúde nos Espaços Educacionais.

### **Ludmila Fontenele Cavalcanti**

Assistente social e advogada. Doutora em Ciências da Saúde pelo Instituto Fernandes Figueira da FIOCRUZ, coordenadora do Núcleo Estudos e Ações em Políticas Públicas, Indicadores e Identidades-NUPPII. Docente do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ. Consultora na área de Políticas Públicas.

### **Luis Rafael Leite Sampaio**

Enfermeiro. Especialista em Enfermagem Clínica pela Universidade Estadual do Ceará- UECE. Mestre e doutorando em Farmacologia-Universidade Federal do Ceará-UFC. Docente da Graduação em Enfermagem da UNIFOR.

### **Marcelo Dangllys Duarte Fernandes**

Enfermeiro. Especialista em Auditoria em Saúde. Enfermeiro-assistente no Hospital de Urgências de Sergipe.

### **Maria Auxiliadora Lisboa Moreno Pires**

Licenciada em Matemática. Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS e da Universidade Católica de Salvador-UCSAL.

### **Maria Tereza Sá Leitão Ramos Borges**

Médica. Especialista em Cardiologia. Mestranda em Saúde Coletiva no Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Médica-assistente na Hospital de Messejana, Instituto Dr. José Frota e Hospital Regional Unimed.

### **Maria Vieira de Lima Saintrain**

Cirurgiã-dentista. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP. Docente do Curso de Odontologia e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

### **Marilene Calderaro Munguba**

Terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. Pós-doutora em Terapia Ocupacional Social, doutora em Ciências da Saúde. Mestre em Educação Especial. Especialista em Docência de Libras, proficiente na Docência em Libras, Professora do curso de Terapia Ocupacional, Professora de LIBRAS. Líder do Grupo de Pesquisa Educação nas Profissões da Saúde, vice-líder Saúde nos Espaços Educacionais; pesquisadora dos grupos: EMAN - Endocrinologia, Metabologia, Alimentos e Nutrição.

### **Marilyn Kay Nations**

Antropóloga. Doutora em Antropologia Médica, pós-doutora em Medicina Social School Medical Harvard. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR e do Doutorado em Saúde Coletiva associação ampla UECE/UFC/UNIFOR. Pesquisadora do CNPq.

### **Marina Frota Lopes**

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva-Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde da Criança-NUPESC/CNPq/UNIFOR.

### **Marta Talavera Ortega**

Licenciada em Ciências Biológicas. Doutora em Ensino de Ciências. Especialista em promoção da saúde. Docente do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Valência-Espanha.

### **Maxmiria Holanda Batista**

Psicóloga. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-associação ampla UECE/UFC/UNIFOR. Mestre Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Professora do curso de Psicologia-Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

### **Milena Silva Costa**

Enfermeira. professora da Universidade Federal do Cariri - UFCA e Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal da Paraíba-UFPB.

### **Mirna Albuquerque Frota**

Enfermeira. Pós-doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva – ISC da Universidade Federal da Bahia-UFBA. Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação-Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Líder do Núcleo de Pesquisa e Estudo em Saúde da Criança – NUPESC/CNPq/UNIFOR.

### **Mônica Mota Tassigny**

Pedagoga. Doutora em Educação pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora do Programa de Pós-Graduação em Administração de Empresas na Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

### **Natalia Bitar da Cunha Olegário**

Fisioterapeuta. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Professora da Faculdade de Tecnologia Intensiva-FATECI.

### **Patricia Moreira Costa Collares**

Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação ampla UECE/UFC/UNIFOR Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Especialista em Fisioterapia Respiratória e Cardiovascular. Especialista em Gestão e Docência do Ensino Superior. Professora Assistente da Universidade Federal do Ceará – UFC.

### **Priscilla Mayara Estrela Barbosa**

Fonoaudióloga. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Especialista em Desenvolvimento Infantil pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Membro Efetivo do Núcleo de Pesquisa e Estudo em Saúde da Criança -NUPESC/CNPq/UNIFOR.

### **Priscila França de Araújo**

Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Professora do Centro Universitário Estácio de Sá do Ceará-FIC.

### **Raimunda Magalhães da Silva**

Enfermeira. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP. Doutora e mestra em Enfermagem. Professora titular da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Coordenadora de programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Coordenadora do grupo de extensão em saúde da mulher e adolescente. Bolsista de produtividade em pesquisa 1C CNPq.

### **Roberta Matassoli Duran Flach**

Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela PUC-Rio. Assistente social do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisadora colaboradora do Núcleo de Políticas Públicas Indicadores e Identidades (NUPPII) da ESS/UFRJ.

### **Rosendo Freitas Amorim**

Licenciado em Filosofia. Doutor em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Professor Titular do Mestrado em Saúde Coletiva e Colaborador do Programa de Pós-Graduação (mestrado e doutorado) em Direito da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

### **Rosiléa Alves de Sousa**

Doutora em Enfermagem. Docente e Coordenadora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará.

### **Sueli Bulhões da Silva**

Assistente social. Doutora em Serviço Social pela Catholic University of America - Washington, D. C. Docente do Curso de Graduação e Pós-graduação em Serviço Social da PUC-Rio. Pesquisadora CNPq.

### **Sylvia Cavalcante**

Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Université Louis Pasteur, Strasbourg, França. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e das graduações de Arquitetura e Urbanismo e Psicologia da UNIFOR. Coordenadora do Laboratório de Estudo das Relações Humano-Ambientais-LERHA, UNIFOR.

### **Thereza Maria Magalhães Moreira**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação em Enfermagem, do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública e do Doutorado em Saúde Coletiva da UECE. Pesquisadora do CNPq.

### **Valentín Gavidia**

Licenciado em Ciências Biológicas. Doutor em Ciências Biológicas. Professor da Universidade de Valência, no Departamento de Ensino Experimental e Ciências Sociais. Coordena o Mestrado em Educação Secundária. Professor especializado em Biologia e Geologia. Participar do Master of Research em Ensino de Ciências.

### **Vanessa Gomes Silveira**

Nutricionista. Doutoranda em Ciências da Saúde-Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Coordenadora Acadêmica do Curso de Nutrição e Professora da Faculdades Nordeste-FANOR.

### **Virginia Costa Lima Verde Leal**

Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva- pela Associação ampla UECE/UFC/UNIFOR. Mestra Saúde Coletiva-Universidade de Fortaleza UNIFOR. Pesquisadora do Instituto Nacional do Câncer-INCA.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos as instituições que expressivamente contribuíram com a elaboração deste livro:

- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq
- Coordenacao de Aperfeicoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES
- Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico-FUNCAP
- Fundação Edson Queiroz-Universidade de Fortaleza-UNIFOR
- Manifestamos nossa gratidão, também às pessoas que, de forma individual ou coletiva, compartilharam na realização dessa produção, fecundando pesquisas e reflexões da Saúde Coletiva

# SUMÁRIO

## **1 - SAÚDE NOS AMBIENTES EDUCACIONAIS: A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR PARA A QUALIDADE DE VIDA NA INFÂNCIA .....00**

Heraldo Simões Ferreira, Lídia Andrade Lourinho, Virginia Costa Lima Verde Leal, Gabriela da Cunha Gomes, Maria Auxiliadora Lisboa Moreno Pires e Ana Maria Fontenelle Catrib

## **2 - LAS IDEAS DE SALUD DEL PROFESORADO A TRAVÉS DE LA PRIORIZACIÓN DE DEFINICIONES.....**

Valentín Gavidia

## **3 - TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO COMO PROPOSTA DE PREVENÇÃO DE DISTÚRBIOS DE LEITURA E ESCRITA: INTEGRANDO FONOAUDIOLOGIA E ESCOLA.....**

Christina Cesar Praça Brasil, Brasília Maria Chiari, Patrícia Moreira Costa Collares e Raimunda Magalhães da Silva

## **4 - TECNOLOGIA EDUCATIVA EM SAÚDE NA COBERTURA VACINAL DE DISCENTES E DOCENTES EM UNIVERSIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO .....**

Milena Silva Costa, Girliani Silva de Sousa e Eliane de Sousa Leite

## **5 - PROMOÇÃO NUTRICIONAL DA SAÚDE EM ESCOLARES .....**

Mirna Albuquerque Frota, Carlos Antônio Bruno da Silva, Marina Frota Lopes, Maria Vieira de Lima Saintrain e Fátima Luna Pinheiro Landim

## **6 - USO DE DROGAS ENTRE ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL DE UMA ESCOLA PÚBLICA DA CIDADE DE FORTALEZA: A ESCOLA COMO PROMOTORA DE SAÚDE.....**

Ana Maria Fontenelle Catrib, Francisca Lucélia Ribeiro de Farias, Priscila França de Araújo, Caroline Bitar da Cunha Olegário, Aline Veras Morais Brillhante, e Maria Vieira de Lima Saintrain.

**7 - VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO NAMORO JUVENIL.....**

Roberta Matassoli Duran Flach, Ludmila Fontenele Cavalcanti e Sueli Bulhões da Silva

**8 - COMPORTAMENTO PROMOTOR DE SAÚDE EM ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PROFISSIONALIZANTE DE FORTALEZA-CE .....**

Liana Pinheiro Quinderé, Lídia Andrade Lourinho, Natalia Bitar da Cunha Olegário, Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos, Maxmiria Holanda Batista e Ana Maria Fontenelle Catrib

**9 - RESPONSABILIDADE SOCIAL, POLÍTICA E INCLUSÃO EM UNIVERSIDADES: ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE ACESSO PARA DISCENTES SURDOS EM FORTALEZA.....**

Fábio Luiz Benício Maia Nogueira, Mônica Mota Tassigny, Artur Gomes de Oliveira e Fabiana Pinto de Almeida Bizarria

**10 - O CINEMA COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO AMBIENTAL E ANÁLISE DO DISCURSO AMBIENTALISTA DE WALL-E .....**

Juan Nadson Marques Melo e Sylvia Cavalcante

**11 - TECNOLOGIA LEVE PARA CRIANÇAS ESCOLARES..**

Fábia Azambuja Pereira Salviano, Anairtes Martins de Melo, Danny Garcia Sales; Patrícia Moreira Collares e Heraldo Simões Ferreira.

**12- DROGAS Y ALCOHOL EN ADOLESCENTES: TENDENCIAS DEL CONSUMO .....**

Valentín Gavidia e Marta Talavera

**13 - PADRÃO DE CONSUMO E OS COMPORTAMENTOS DE RISCO ASSOCIADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE OS ESTUDANTES DA REGIÃO DO CARIRI CEARENSE .....**

Marcelo Dangllys Duarte Fernandes e Adriana Rolim Campos

**14 - AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ESCOLARES ADULTOS JOVENS DO SEXO MASCULINO.....**

Francisco Antônio da Cruz Mendonça, Thereza Maria Magalhães Moreira, Marilyn Kay Nations, Luis Rafael Leite Sampaio, Raimunda Magalhães da Silva e Rosiléa Alves de Sousa

**15 - PROMOÇÃO DA SAÚDE – A FAMÍLIA E A ESCOLA COMO ESPAÇOS DE INCLUSÃO SOCIAL DOS SURDOS ...**

Mirna Albuquerque Frota, Priscilla Mayara Estrela Barbosa, Kamila Ferreira Lima, Cíntia de Oliveira Castelo Branco Sales, Marilene Calderaro Munguba e Rosendo Freitas Amorim.

**16 - ACIDENTES DE TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS BRASILEIROS .**

João Henrique Freitas Colares, Maria Tereza Sá Leitão Ramos Borges e Adriana Rolim Campos e Danielle Malta Lima

**17 - UN CENTRO PENITENCIARIO ESPAÑOL COMO ESPACIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: CONOCIMIENTOS EN SEXUALIDAD Y NUTRICIÓN DE UN GRUPO DE RECLUSOS ESTUDIANTES DE SECUNDARIA.....**

Agustín Pozo Tamayo, Javier Cubero Juárez e Constantino Ruiz Macías

## PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA

Vianney Mesquita\*

*Um pobre são, e alentado de forças, vale mais do que um rico fraco, e atormentado de doenças. A saúde da alma em santidade de justiça é melhor do que todo ouro e prata, e o corpo robusto vale mais do que imensos bens. Não há riquezas maiores do que as da saúde do corpo, nem contentamento que seja igual à alegria do coração. (ECLO., 30-14, 15-16).*

Reiteram-se nos derradeiros anos, sem explicação plausível para a ocorrência (porquanto, nas mais das vezes, espécimes distantes das nossas linhas de exame), os convites para que descerremos o conteúdo de obras com teor didático-científico lavradas na ambiência acadêmica, procedentes de tarefas formais de programas de mestrado e doutorado, resultados exitosos de experimentos laboratoriais, artigos, relatórios de pesquisas e escritos assemelhados, produzidos na contingência universitária do Ceará, todos eles, afortunadamente, de supina qualidade.

A verdade referida por derradeiro - convém dizer, e com o máximo regozijo - é denotativa do estudo adrede, sério e denodado desenvolvido pelo nosso *alto clero* acadêmico, ao entregar para a comunidade científica mais alargada, configurada nos receptores afins às matérias, de outros Estados-Membros

do Brasil, bem como do Exterior, um conjunto de saberes sistematizados, tomados pela observação, identificação, busca e explicação de certas categorias de fenômenos e fatos, acolhidos com supedâneo no método e na razão.

Muito nos envaidece e honra, portanto, o fato de nos solicitarem juízos apreciativos de suas produções. Não empregamos como prática denegar essas instâncias, porquanto, nas mais das vezes, são escritos de boa qualidade, restando difícil, impossível honestamente, a respeito deles proceder a comentários desairosos, porquanto seus teores não permitem contra si o assaque de inverdades. Recusamos, entretanto – e para não inventar fingidos aplausos tampouco repreender por defeitos – quando o material é deseixado das prendas literocientíficas mínimas exigíveis de textos que tais, mormente se provier de institutos de ensino, pesquisa e extensão.

No concernente à forma da seleta de escritos, a qual configura o continente de organização desta antologia na grande área da Educação e da Saúde, intitulada *Promoção da Saúde nos Espaços Educacionais*, do qual fazemos notas com ingente prazer, já experimentamos a chance de nos exprimir adepto e defensor da junção temática, no continente livro, de condensações, artigos, crônicas, resenhas, ensaios, resenhas, ensaios, resenhas, editoriais e outras taxinomias de textos elaborados como tarefas oriundas do trato universitário.

Este é um expediente a que recorrem os mais renomados escritores, como, num exemplo em mais de mil, Umberto Eco, para quem as coletâneas *podem ser encaradas como uma galáxia de observações não totalmente desconexas, entre as quais quem lê poderá estabelecer as ligações que lhe parecerem oportunas*. (SANTOS, Luís Sérgio. In: MESQUITA, Vianney.

*Impressões – Estudos de Literatura e Comunicação*. Fortaleza: Agora, 1989).

Promoção da Saúde é matéria de relevo, cujo zênite do debate, em virtude da sua relevância, sucedeu em 1986, na Conferência de Ottawa, realizada pela OMS, de onde procedeu a Carta do mesmo nome, documento-chave para várias promoções da espécie, extensão de outros encontros afins, como, *v.g.*, o evento cimeiro sobre Cuidados Primários, acontecido em Alma-Atá, no Cazaquistão, em 1978. No entendimento do que foi expresso na mencionada Capital do Canadá, a noção de promover saúde radica em habilitar as pessoas e comunidades em geral – no caso do recheio do livro sob relação, com programas junto às escolas - reunindo as grandes áreas de Educação e de Saúde – para que mudem as condições determinativas de saúde, em proveito da qualidade para a higidez global de cada pessoa, sem que isto queira dizer apenas ausência de doença, para o que a Organização Mundial de Saúde – OMS pede que se atente.

A coletânea sob comento engloba diversificada subtemática extraída das taxinomias de Promoção da Saúde, conformada por nada menos do que 18 capítulos, da colheita plural de 55 autores, a maioria do Brasil – e do Ceará, contando com investigadores espanhóis e reunindo profissionais de setores diversificados da Saúde, bem assim de Educação e áreas outras do conhecimento, como, *e.g.*, Administração de Empresas, Matemática, Filosofia e Biologia.

Os textos das quase duas dezenas de ensaios que perfazem este *Promoção da Saúde nos Espaços Educacionais* procuram circundar, o máximo possível, a pauta de assuntos vinculados à Promoção da Saúde em aplicação na seara educacional, com

vistas a concertar o desiderato da prefalada Carta de Otawa, de capacitar a sociedade, via escola, a fim de transmutar as circunstâncias determinantes de saúde em proveito da higidez completa de cada qual, isto é, não apenas a inexistência de patologias, mas na intenção de lograr a realidade de uma pessoa sem doença e, acrescidamente, feliz, conforme intenta a OMS e consoante todos aspiramos.

O livro, organizado pelos professores-doutores Ana Maria Fontenele Catrib, Valentin Gavídia Catalan e Lúdia Andrade Lourinho, todos de reconhecida competência acadêmico-científica na contextura do Brasil e do estrangeiro, traz a chancela de pesquisadores celebrados na ambiência produtiva de ciências, no País e no Exterior, e cuida de temas já estudados e referendados, a maioria, por bancas examinadoras de programas universitários de pós-graduação em senso estreito.

Desta sorte, sob o prisma da realidade científica e na óptica real e prática da consorciação das atividades da Educação e da Saúde, esta seleção de escritos constitui repositório de relevo a fim de demandar soluções para os singulares ou mais sérios problemas arrostados pela população nacional, no concernente a promover a saúde tendo por leito de desfecho o chão da sala de aula e seus desdobramentos pedagógicos.

\*Vianney Mesquita é professor adjunto IV da Universidade Federal do Ceará. Escritor e Jornalista. Arcade titular e fundador da Arcádia Nova Palmaciana; acadêmico titular das Academias Cearense da Língua Portuguesa e Cearense de Literatura e Jornalismo. Membro do Conselho Curador da Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, da U.F.C.

# SAÚDE NOS AMBIENTES EDUCACIONAIS: A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR PARA A QUALIDADE DE VIDA NA INFÂNCIA

Heraldo Simões Ferreira

Lídia Andrade Lourinho,

Virginia Costa Lima Verde Leal

Gabriela da Cunha Gomes

Maria Auxiliadora Lisboa Moreno Pires

Ana Maria Fontenelle Catrib

## INTRODUÇÃO

Verificou-se, por meio da revisão de literatura, a escassez de pesquisas envolvendo qualidade de vida na infância (SABEH e VERDUGO, 2000). Os títulos raramente discutem a percepção infantil de qualidade de vida. Isto decorre do fato de o estudo acerca da qualidade de vida com crianças ser muito mais complexo do que de adultos.

Levantamentos realizados nos bancos de dados da CAPES, *Meta Press*, *Cambridge Journals Online*, *Science*, *Nature*, *Scielo* e *Wiley Online Library* revelaram uma literatura incipientemente explorada da temática. Mesmo com a busca avançada, usando descritores relacionados com o tema, não foi possível detectar estudos que enfocassem a atividade lúdica como fator determinante para a consecução da qualidade de vida em crianças de 04 a 06 anos de idade. Da mesma forma, não foram encontrados estudos sobre a percepção de qualidade de vida na visão de crianças desta faixa etária.

Pesquisa realizada por Dantas *et al.* (2003) observou que, de 53 estudos envolvendo dissertações, teses de doutorado e docência-livre de universidades públicas de São Paulo relativos ao tema qualidade de vida, somente um destes envolvia crianças. Também foi ressaltado na mesma pesquisa o fato de que apenas 16 estudos investigaram qualidade de vida com pessoas saudáveis.

Assim, foram estabelecidas as seguintes questões norteadoras da atividade investigativa: como as crianças percebem sua qualidade de vida? Quais os elementos necessários para a consecução da qualidade de vida infantil? Qual a ordem de importância destes elementos na concepção das próprias crianças?

O objetivo do estudo foi compreender a percepção da qualidade de vida de crianças de quatro a seis anos residentes em uma capital do Nordeste brasileiro.

## **QUALIDADE DE VIDA**

A expressão qualidade de vida, compreendida como um fenômeno que interage com as mais diversas dimensões do ser humano, tem sido objeto de inúmeros estudos na comunidade científica (MINAYO, 2000).

O interesse pela qualidade de vida vem desde a Grécia Antiga. Platão e Aristóteles, nos séculos IV e V, já discutiram sobre o assunto, relacionando-a ao bem-estar. No século XX, de 1950 a 1960, o aumento da preocupação com o bem-estar e as consequências da industrialização ensejaram debates sobre a qualidade de vida do ser humano. Neste momento, as mensurações da qualidade de vida faziam referência às condições

objetivas do tipo econômico e social. Posteriormente, passaram a privilegiar a perspectiva da pessoa sobre estas condições (GÓMEZ-VELA e VERDUGO, 2003).

De acordo com Melo *et al.* (2005), a primeira citação dessa expressão ocorreu em 1964, pelo então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson. Desde então, vários estudos foram realizados sobre tal abordagem.

Entre as décadas de 1970 e 1980, o perfeccionismo dos indicadores sociais influenciou definitivamente o conceito de qualidade de vida. Segundo Gómez e Sabe (2004), a expressão começou a definir-se como conceito integrador que compreendia todas as áreas da vida (caráter multidimensional) e fazia referência tanto a condições objetivas como a componentes subjetivos. Havia, porém, dificuldades para conceituar qualidade de vida, pois esta dicção ainda não havia sido estabelecida e também não havia sido empregada adequadamente (SILVA *et al.*, 2000).

O conceito de qualidade de vida é utilizado principalmente nos campos da Educação, da Saúde e dos Serviços Sociais. Schalock e Verdugo (2002) citam que existem mais de cem definições sobre o termo.

Seidl e Zannon (2004, p. 81) lembram que, na década de 1970, encontravam-se dificuldades em conceituar a dicção: *“qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém necessariamente sabe o que é”*.

A qualidade de vida é multidimensional, não se resumindo ao aspecto social, físico e emocional, mas também que estes aspectos sirvam de parâmetro às alterações que ocorram durante o desenvolvimento (ASSUMPCÃO *et al.*, 2000).

Adota-se neste estudo o modelo de Sabeh e Verdugo (2002), que, na busca de um instrumento de avaliação da percepção de qualidade de vida na infância, realizaram uma categorização para detectar dimensões referentes à qualidade de vida. As categorias são: a. Ócio e atividade recreativa - relativas a experiências de ócio, recreativas e de tempo livre; b. Rendimento - relacionado ao desempenho e aos resultados alcançados em atividades escolares ou esportivas; c. Relações interpessoais - interação positiva ou negativa com e de pessoas de seu meio; d. bem-estar físico e emocional: estado físico e saúde da criança, de familiares e amigos; e. Bem-estar coletivo e valores - situações sociais, econômicas, políticas que a criança percebe de seu meio sociocultural; f. Bem-estar material - consecução e relação com objetos, e a característica física dos ambientes em que vivem.

## **METODOLOGIA**

Este estudo é descritivo e de natureza qualitativa. Foi desenvolvido em uma escola de referência, localizada na comunidade do Dendê, em Fortaleza, Ceará, Nordeste brasileiro. Foi envolvido um grupo de 30 crianças, 14 do sexo masculino e 16 do sexo feminino, que representavam o total de matriculados na escola no período da manhã, que integravam as turmas: I Período (idade de quatro anos), II Período (cinco anos) e III Período (seis anos).

Para a busca do entendimento da percepção infantil sobre qualidade de vida, utilizaram-se com as crianças envolvidas técnicas de entrevistas projetivas (desenhos e figuras) e o questionário AUQUEI (ANEXO 1). O período de coleta de dados,

dividido em três fases distintas, no turno da manhã, horário no qual as crianças frequentavam a escola.

A primeira fase da coleta de dados buscou compreender quais os elementos necessários à qualidade de vida infantil. Foi solicitado às crianças que representassem, por meio de desenhos, elementos que seriam necessários para ser feliz ou, no linguajar voltado para a compreensão dos participantes, para se obter uma '*vida boa*'. Ao final da produção dos desenhos, os participantes eram convidados a apontar o que haviam desenhado.

Os dez elementos que obtiveram maior frequência nos desenhos foram selecionados e transformados em figuras. Na segunda fase da coleta, as figuras foram apresentadas as crianças, que foram solicitadas a classificar, por ordem de importância, os elementos mais relevantes à aquisição da qualidade de vida.

A terceira fase da coleta foi a aplicação do questionário AUQEI, e sua finalidade foi compreender como as crianças percebem a própria qualidade de vida. As crianças responderam, com o auxílio de faces que exprimiam distintos estados emocionais (Figura 1), se, na situação exposta pelos questionamentos, ficariam: muito infeliz-MI (0 ponto), infeliz-I (1 ponto), feliz-F (2 pontos) e muito feliz-MF (3 pontos).

O instrumento utilizado foi desenvolvido por Manificat e Dazord, em 1997. Sugere por parte da criança uma autoavaliação e utiliza a interpretação de imagens (figuras) que auxiliam o envolvido a responder às questões.

O AUQEI foi validado no Brasil por Assumpção *et al.* (2000), com base em sua aplicação com 353 crianças com ida-

de de quatro a doze anos, de São Paulo. O ponto de corte do referido questionário é de 48 pontos, abaixo do qual pode ser considerada como prejudicada a qualidade de vida dos envolvidos. Os conteúdos dos desenhos das crianças, as figuras e o AUQEI foram relacionados com as categorias de qualidade de vida de Sabeh e Verdugo (2002).

Analizou-se o estudo mediante uma triangulação metodológica. Como ensina Minayo *et al.* (2005), triangulação é um conceito emergido do interacionismo simbólico, significando a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista; a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanham o trabalho de investigação.

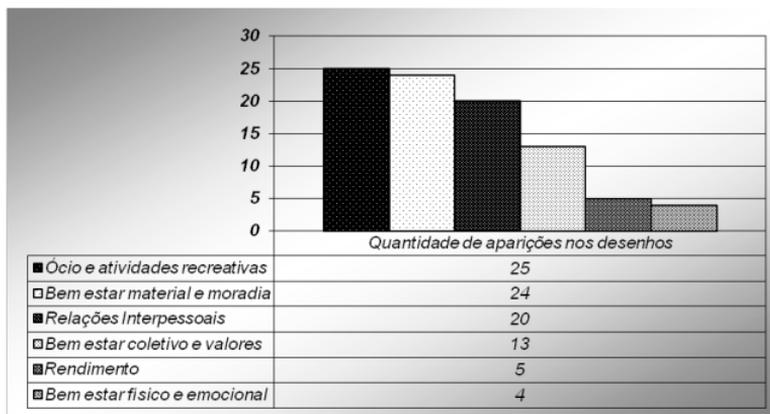
Salienta-se que foi solicitada a autorização dos pais das crianças envolvidas, como determina a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, que trata sobre pesquisas com seres humanos. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Núcleo de Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS**

### **Fase 1: Os Desenhos**

Os resultados foram obtidos de 30 desenhos. Ressalta-se que, em uma mesma folha, as crianças podiam realizar diversos desenhos.

Figura 2 - Resultados dos desenhos



Conforme o resultado exposto, percebeu-se que o brincar e os brinquedos surgiram em 25 (83%) dos 30 desenhos, sendo, portanto, o principal elemento para a qualidade de vida dentro da visão das crianças envolvidas. Isto reforça o quanto a atividade lúdica é importante para o desenvolvimento infantil. O brincar e o brinquedo foram inseridos na categoria de ócio e atividades recreativas, segundo Sabeh e Verdugo (2002).

Por meio da brincadeira, as crianças podem exprimir sentimentos, dominar angústias, intensificar experiências sociais e emocionais, treinar para situações imediatas e futuras, estabelecer contatos e estimular os aspectos do desenvolvimento, da saúde e da aprendizagem (OLIVEIRA; VIEIRA; CORDAZZO, 2008).

O elemento moradia é classificado em segundo lugar, presente em 24 desenhos (80%). Talvez, por uma questão social e econômica, os envolvidos tenham exposto em seus desenhos a preocupação com suas casas.

Vale ressaltar que a comunidade onde se localiza a escola-cenário da pesquisa situa-se no bairro Edson Queiroz, no quadrante nomeado Regional VI, na cidade de Fortaleza. A citada zona possui 72 favelas distribuídas por todos os bairros. A renda *per capita* mensal, por chefe de família, é aproximadamente 2,59 salários mínimos, a terceira menor de Fortaleza; e, o índice de alfabetização é de 62,39%, o menor de todas as seis regionais (SME, 2008). A favela do Dendê, local do estudo, encontra-se neste cinturão.

Segundo o conceito de saúde da Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988), a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Classificado em terceiro lugar, o elemento referente às relações pessoais, especialmente entre pais, irmãos e colegas, surgiu em 20 desenhos (67%). Pelas observações realizadas durante visitas à escola e no curso de conversas realizadas com os envolvidos nos momentos de execução dos desenhos, constatou-se que as crianças se referiam em momentos diversos à ausência de seus familiares, principalmente a figura paterna.

O conceito de saúde e qualidade de vida diz respeito ao estado da pessoa, cujas funções orgânicas, físicas e mentais se encontram em situação de equilíbrio e normalidade, situação esta que somente será alcançada se ele estiver inserido em um ambiente também equilibrado. Assim, é na família que tem início todo e qualquer processo que permite o desenvolvimento de uma vida saudável (BRASIL, 2011).

A seguir encontram-se dois desenhos que exemplificam os anseios das crianças envolvidas, quando questionadas acerca do que pretendiam para possuir uma vida boa.

Figura 3 - Desenho da criança 15: "Casa (1), brinquedos/bola (2) e minha mãe (3)".

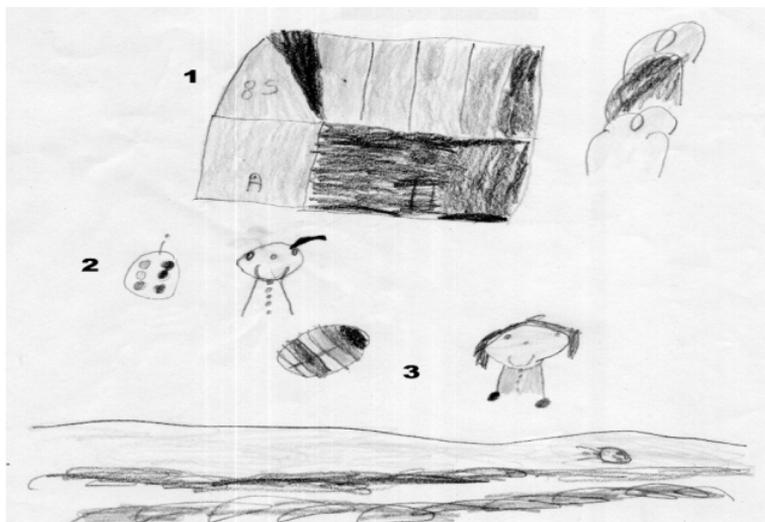
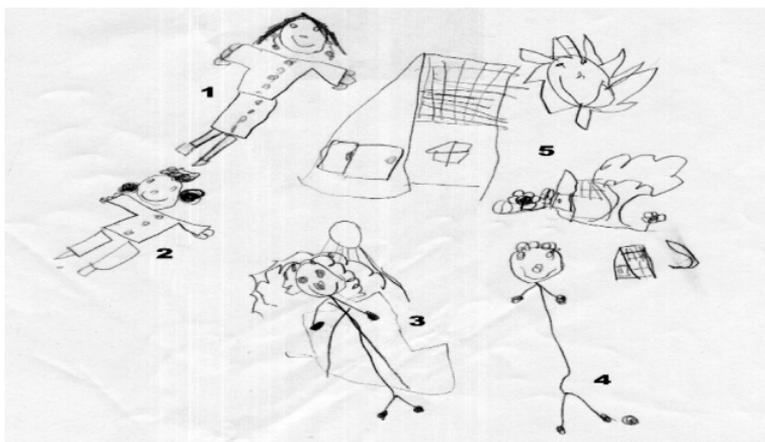


Figura 4 - Desenho da criança 20: "Minha mãe (1), meu irmão (2), tomar banho (3), jogar bola (4) e minha casa (5)".



## Fase 2: As Figuras

Os elementos referentes à qualidade de vida que mais surgiram na fase dos desenhos foram: brincar (atividades de ócio e recreação), escola (rendimento), casa (bem-estar material), pais (relações interpessoais), banho (bem-estar físico e emocional - higiene pessoal), alimentação (bem-estar coletivo e valores). Com suporte nestes resultados, os elementos foram transformados em figuras que, por sua vez, foram apresentadas às crianças. De posse das figuras, os participantes classificaram, por ordem de importância, os elementos mais relevantes à aquisição da qualidade de vida.

Para chegar ao objetivo de hierarquizar dos elementos favoráveis para a aquisição da boa qualidade de vida, realizou-se a formulação da seguinte pontuação: o elemento mais importante receberia 6 pontos, o segundo mais importante 5, o terceiro 4, o quarto 3, o quinto 2 e o sexto 1 ponto. Os resultados encontram-se enfatizados no quadro 1.

Tabela 1 - Resultados da disposição por ordem de importância das figuras

<b>Figura</b>	<b>Categoria de Sabeh e Verdugo</b>	<b>Turma I Período</b>	<b>Turma II Período</b>	<b>Turma III Período</b>	<b>Total</b>
Crianças brincando	Ócio e atividades recreativas	45	41	46	132 pontos
Pais	Relações interpessoais	32	27	31	90 pontos
Alimentação	Bem-estar coletivo e valores	20	30	27	77 pontos
Escola	Rendimento	29	33	25	87 pontos
Casa	Bem-estar material	32	27	25	84 pontos
Higiene Pessoal	Bem-estar físico e emocional	11	07	22	40 pontos

Com base nos resultados demonstrados no Quadro 1, percebe-se que, para as crianças participantes, o brincar é prioridade em relação à qualidade de vida (132 pontos).

Uma criança não precisa de motivos para brincar. Ela tem motivação interna que a impulsiona para a brincadeira. É o brincar sem a necessidade da existência de um objetivo final a ser alcançado. Enquanto, para a criança, a brincadeira tem fim em si, para o adulto, a brincadeira pode ser vista como possibilidade para promoção do desenvolvimento, da saúde e da aprendizagem (OLIVEIRA; VIEIRA; CORDAZZO, 2008).

Quando requisitadas a dispor em ordem de importância as figuras que representavam as categorias de qualidade de vida, as crianças, após elegerem o brincar (ócio e atividade recreativa) em primeiro lugar, reforçaram a ideia de que as relações interpessoais (com os pais) viriam em segundo lugar (90 pontos), seguida da escola (rendimento) com 87 pontos, e moradia, em quarto lugar, com 84 pontos.

### **Fase 3: O Questionário AUQEI**

Após a aplicação das 26 questões, quando duas crianças se recusaram a responder o instrumento, somaram-se os pontos de todos os quesitos e obteve-se o resultado final. Os resultados de cada criança envolvida e a média da turma foram: I Período - 59, 49, 59, 52, 46, 43, 45, 53, 48, 68. Média de 52,2 pontos; II Período - 45, 54, 49, 57, 49, 52, 56, 52, 56. Média de 52,9 pontos; e III Período - 45, 52, 43, 48, 50, 50, 58, 59, 50. Média de 50, 8 pontos.

Com base nos resultados da aplicação do AUQEI, apenas seis crianças (20% do total de 28 crianças envolvidas nesta

fase) demonstraram um resultado inferior ao ponto de corte (48 pontos). Na visão de 24 crianças (83%), a qualidade de vida que possuíam era favorável.

Ao final da análise de todas as 26 questões, classificada em primeiro lugar, surgiram as férias (questão 21), com 24 aparições no quesito MF e 6 no quesito F, marcando, no total, 84 pontos. Ressalta-se que o período de férias é relacionado com a categoria de qualidade de vida ócio e atividades de recreação, de Sabeh e Verdugo (2002).

Classificada em segundo lugar, a questão 11 era relacionada ao dia do aniversário da criança. Este quesito atingiu 80 pontos, sendo divididos: 22 MF, 7 F e 1 MI. No dia do aniversário, principalmente para crianças de quatro a seis anos, a grande expectativa é a de receber presentes, sendo preferidos os brinquedos. Assim, o aniversário também é relacionado à categoria de ócio e à atividade recreativa dos autores citados.

As brincadeiras no recreio (questão 7) com os colegas foram classificadas em terceiro lugar, alcançando 79 pontos, assim distribuídos: 22 MF, 6 F e 2 MI. Novamente há a relação com categoria ócio e atividades de recreação.

Ao analisar estes resultados, percebeu-se que a atividade lúdica, seja o brincar, o tempo livre de ócio ou o ganhar brinquedo, foi, na visão das crianças envolvidas, o maior meio de se encontrar a felicidade.

Por meio do ócio e de atividades de recreação, a criança pode satisfazer seus desejos, sejam de ordem afetiva, relacionada à estima ou à realização de objetivos e finalidades. Ao brincar, educa-se sua sensibilidade para apreciar seus esforços e tentativas, realiza atividade física, interage com seus próximos,

desenvolve os aspectos cognitivos e sente prazer. Tais situações favorecem a consecução de uma qualidade de vida satisfatória (FERREIRA; VALDEZ, 2005)

No outro extremo, encontrou-se classificada em último lugar, na escolha das crianças, a questão 23, relacionada ao distanciamento da família, atingindo a pontuação de 17 escores. Neste tema, 18 crianças afirmaram que ficavam MI, 7 I e apenas 4 F. Nenhum registro foi apresentado para MF. Esta questão foi relacionada à categoria de relações interpessoais de Sabeh e Verdugo (2002).

É importante citar que a questão 17, referente ao dormir fora de casa, com 30 pontos, aparece em penúltimo lugar (10 MI, 12 I, 6 F e 2 MF). A situação, nesta abordagem, se repete. Também aqui foi observado o distanciamento da família. Outra vez a categoria foi de relações interpessoais.

As funções da família são históricas, elas foram se constituindo ao longo dos tempos, ganhando peculiaridades em cada formação socioeconômica. Várias são as funções da família, entre elas ser o *locus* da estrutura psíquica da pessoa, como espaço da geração de afeto, cuidado, segurança, sentimento de pertença, de grupo, espaço de solidariedade primária (SOUZA; CARVALHO, 2007).

Dessa forma percebeu-se, por meio do questionário AUQEI, que o que mais proporciona felicidade aos envolvidos são as atividades de recreação e ócio e o que oferece maior infelicidade é o afastamento da família, as relações interpessoais (especificamente com familiares).

Portanto, consideram-se essas duas categorias fundamentais para a aquisição da boa qualidade de vida: em primei-

ro, o ócio e as atividades recreativas e, em segundo lugar, as relações interpessoais.

Ao realizar a triangulação dos dados, envolvendo todas as fases do estudo, alcançaram-se os seguintes resultados finais.

Tabela 2 - Triangulação de resultados (desenhos, figuras e questionário AUQEI)

<b>Instrumento</b>	<b>Primeiro lugar</b>	<b>Segundo lugar</b>	<b>Terceiro lugar</b>
Desenhos	Ócio e atividade recreativa (brincar)	Bem-estar material	Relações interpessoais
Figuras	Ócio e atividade recreativa (brincar)	Relações interpessoais	Rendimento escolar
Questionário AUQEI	Ócio e atividade recreativa (férias)	Ócio e atividade recreativa (aniversário)	Ócio e atividade recreativa (brincar no recreio)

Após a triangulação, percebemos que, em todos os instrumentos utilizados para a coleta - desenhos, disposição de figuras e aplicação do AUQEI - a categoria ócio e atividades recreativas se destaca na visão dos envolvidos como um elemento indispensável para a aquisição da qualidade de vida.

## **REFLEXÕES CONCLUSIVAS**

Segundo os resultados, as instituições educacionais devem priorizar o brincar, valorizar esta prática como promotora da qualidade de vida e, por meio desta conscientização, lançar propostas pedagógicas que fomentem a atividade lúdica no seu cotidiano de aprendizado.

Espera-se que esta pesquisa possa reconhecer o interesse das instituições de ensino infantil em compreender a percepção da qualidade de vida com suporte na visão focada no público infantil, cuja literatura ainda é muito incipiente.

Concluiu-se que as crianças relacionam a qualidade de vida, principalmente, ao brincar (ócio e atividades recreativas), à afetividade com os pais (relações interpessoais), à moradia (bem-estar material) e à sua participação na escola (rendimento).

As crianças estudadas percebem que possuem boa qualidade de vida (83%); acreditam que o ócio e a atividade recreativa (o brincar), as relações interpessoais (com os pais) e o bem-estar material (principalmente no que se refere à moradia) constituíam elementos importantes para a aquisição de uma qualidade de vida favorável, dispostas nesta ordem de importância.

Portanto, com base nos resultados empíricos da pesquisa e nas buscas realizadas, deduz-se que este estudo pode provocar reflexões na comunidade científica e, em sentido semelhante, na sociedade acerca do conceito de qualidade de vida percebida pela própria criança.

## REFERÊNCIAS

ASSUMPTÃO, F.D.Jr., et al. Escala de avaliação da qualidade de vida (Autoquestionnaire qualité de vie enfant imagé - AUQEI): validade e confiabilidade de uma escala de vida em crianças de 4 a 12 anos. **Arq Neuropsiquiatr**, 2000; 58 (10: 119-127).

BRASIL. **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília: Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Relações familiares. Disponível em: <[http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD\\_CHAVE=49232](http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=49232)>. Acesso em 15 de abril de 2011.

DANTAS, R.A.S., SAWADA, N.O., MALERBO, M.B., Pesquisa sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas de São Paulo. **Rev. Latino-am Enfermagem** 2003 jul./ago. 11 (4): 523-8.

FERREIRA, H.S., VALDEZ, M.T.M. Brincar na educação física com qualidade... de vida! **Revista Digital** - Buenos Aires - Año 10 - nº 87 - Agosto de 2005.

GÓMEZ-VELA, M., VERDUGO, M.A. **In, Apoyos, autodeterminación y calidad de vida. V jornada Científica de Investigación sobre Discapacidad**. Evaluación de la calidad de vida de alumnos de educación secundaria obligatoria con necesidades educativas especiales y sin ellas. Salamanca: Amarir Ediciones, 2003.

GÓMEZ-VELA, M., SABEH, E.N. **Calidad de vida**. Evolución del concepto y su influencia em la investigación y la pratica. Instituto Universitario de Integración em la Comunidad, facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, 2004. Fonte: <[www.3.usal.es/-inicio/investigación/invesinico/calidad.htm](http://www.3.usal.es/-inicio/investigación/invesinico/calidad.htm)>.

MINAYO, M.C.S. (org.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.S., HARTZ, Z.M.A., BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 5(1): 7-18, 2000.

OLIVEIRA, L.D.B., VIEIRA, M.L., CORDAZZO, S.T. Brincar como agente promotor de saúde no desenvolvimento infantil. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, EDUFSC, v. 42, n. 1 e 2, p. 193-215, Abril e Outubro de 2008.

SABEH, E.N., VERDUGO, M.A. Evaluación de la percepción de calidad de vida en la infancia. Salamanca: **Psicothema**, 2002, v. 14, n. 1, p. 86-91.

SABEH, E.N., VERDUGO, M.A. **Revisión crítica del uso del concepto de calidad de vida en la infancia**. Manuscrito no publicado, Universidad de Salamanca, 2000.

SEIDL, E.M.F; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (2): 580-588, mar./abr. 2004.

SHALOCK, R.L., VERDUGO, M.A. **Manual de calidad de vida para profesionales de la educación, salud y servicios sociales**. Estados Unidos, American Association on Mental Retardation, 2002.

SILVA, M.G.N., NASPITZ, C.K., SALÉ, D. Qualidade de vida nas doenças alérgicas: por que é importante avaliar? **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**. São Paulo, v. 23, n. 6, 260-269, nov./dez. 2000.

SOUSA, P.M. CARVALHO, A.M. **A contribuição da família para a qualidade de vida de idosos portadores de câncer**. Anais da III Jornada Internacional de Políticas. São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007.

Anexo I. AUQEI - Questionário de avaliação de qualidade de vida em crianças e adolescentes. Manificat e Dazord<sup>23</sup>.

Algumas vezes você está muito infeliz? Diga por quê:	Algumas vezes você está infeliz? Diga por quê:	Algumas vezes você está feliz? Diga por quê:	Algumas vezes você está muito feliz? Diga por quê:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Diga como você se sente:	Muito infeliz	Infeliz	Feliz	Muito feliz
1. à mesa, junto com sua família.	( )	( )	( )	( )
2. à noite, quando você se deita.	( )	( )	( )	( )
3. se você tem irmãos, quando brinca com eles	( )	( )	( )	( )
4. à noite, ao dormir.	( )	( )	( )	( )
5. na sala de aula.	( )	( )	( )	( )
6. quando você vê uma fotografia sua.	( )	( )	( )	( )
7. em momentos de brincadeiras, durante o recreio escolar.	( )	( )	( )	( )
8. quando você vai a uma consulta médica.	( )	( )	( )	( )
9. quando você pratica um esporte.	( )	( )	( )	( )
10. quando você pensa em seu pai.	( )	( )	( )	( )
11. no dia do seu aniversário.	( )	( )	( )	( )
12. quando você faz as lições de casa.	( )	( )	( )	( )
13. quando você pensa em sua mãe.	( )	( )	( )	( )
14. quando você fica internado no hospital.	( )	( )	( )	( )
15. quando você brinca sozinho (a).	( )	( )	( )	( )
16. quando seu pai ou sua mãe falam de você.	( )	( )	( )	( )
17. quando você dorme fora de casa.	( )	( )	( )	( )
18. quando alguém te pede que mostre alguma coisa que você sabe fazer.	( )	( )	( )	( )
19. quando os amigos falam de você.	( )	( )	( )	( )
20. quando você toma os remédios.	( )	( )	( )	( )
21. durante as férias.	( )	( )	( )	( )
22. quando você pensa em quando tiver crescido.	( )	( )	( )	( )
23. quando você está longe de sua família.	( )	( )	( )	( )
24. quando você recebe as notas da escola.	( )	( )	( )	( )
25. quando você está com os seus avós.	( )	( )	( )	( )
26. quando você assiste televisão.	( )	( )	( )	( )

# LAS IDEAS DE SALUD DEL PROFESORADO A TRAVÉS DE LA PRIORIZACIÓN DE DEFINICIONES

Valentín Gavidia

## INTRODUCCIÓN

El estudio de lo que se conoce como “ideas previas”, “preconcepciones”, “concepciones alternativas”, “concepciones espontáneas”, etc. ha constituido una de las líneas prioritarias de investigación en las diversas didácticas específicas. El estudio realizado por Duit (1993) muestra la cantidad de trabajos realizados en este campo en la década de los 80, y en la actualidad continúan llevándose a cabo (Altolfi, 1994; Duit y Pfundt, 2009; Furió, Solbes y Carrascosa, 2006; Oliva, 1999; etc.). En el campo de la Salud hay que destacar los trabajos de Banet y Nuñez, (1988, 89, 95, 96), Casado (1999), Pérez de Eulate (1999), entre otros. Por otra parte, la investigación sobre el pensamiento del profesorado y la influencia que ejerce sobre su conducta en el aula, ha suscitado una investigación creciente en los últimos años (Calderhead, 1988; Furió 1994; Gil 1991 y 1994; Jiménez y Feliciano, 2006; Mellado, 1996; Porlán 1997; Schön 1992; Serrano, 2010; etc.). Los estudios señalan la importancia y dificultad de adentrarse en la estructura de su conocimiento, un conocimiento modificado por su práctica profesional.

Para acercarnos a las representaciones que poseen las personas de un determinado concepto, se pueden utilizar diversos instrumentos: cuestionarios cerrados o abiertos, entrevistas, mapas conceptuales, parrillas formadas con varias definiciones para priorizar, interpretación de dibujos o esquemas, informes, etc. No todos tienen el mismo grado de dificultad para su correcta utilización e interpretación. En el caso de la presentación de diversas definiciones para su priorización, la dificultad estriba tanto en la elección de los enunciados como en la interpretación de sus resultados. Pretendemos contribuir a clarificar ambas situaciones investigando la representación del concepto de salud que posee el profesorado.

Nos centramos en la concepción de salud por ser ésta el elemento principal de la Educación para la Salud, alrededor de la cual se entienden y organizan las estrategias de enseñanza-aprendizaje que se diseñan para su desarrollo con el alumnado. La trascendencia del concepto de salud radica en su influencia para entender la Educación para la Salud, así como en el papel que juega en la concepción de su tarea de docente. Otorgamos a la salud el calificativo de concepto estructurante (Gagliardi, 1986), ya que determina una transformación del sistema cognoscitivo del profesorado, permitiéndole o facilitándole superar determinados obstáculos epistemológicos. Es posible que su aprehensión no modifique con inmediatez los esquemas conceptuales de la materia, pero sí es capaz de transformar la visión de su práctica educativa y de intervenir en su conocimiento profesional.

## MÉTODO

### Muestra:

El cuestionario ha sido contestado por 50 docentes, profesores y profesoras en ejercicio que realizan cursos de formación continuada en Educación para la Salud. El profesorado que compone la muestra ha sido elegido al azar entre asistentes a diversos cursos de perfeccionamiento que se llevan a cabo en los Centros de Profesores (CEFIREs) de la Comunidad Valenciana.

### Instrumento:

El instrumento elegido ha consistido en un cuestionario compuesto con diversas definiciones para que las valoren, prioricen y ordenen según su criterio. Estas definiciones han sido escogidas en función de que cada una de ellas representa significados diferentes del concepto de Salud.

Para la elección de los enunciados hemos acudido a la historia de la ciencia que nos ofrece los procesos de construcción de conceptos. La idea que se tiene de un determinado concepto es hija de su tiempo y fruto de las diversas aportaciones realizadas por la comunidad científica a lo largo de la historia. Estos aportes no se yuxtaponen uno al lado del otro de forma lineal, originando un conjunto inconexo en el que las ideas se encuentran sólo hilvanadas por el momento histórico en el que aparecen. Las contribuciones que se van haciendo a un determinado concepto significan muchas veces cambios de orientación, perceptivas nuevas, disminución de la importancia que se otorga a determinados aspectos, ampliación de elementos antiguos, reestructuración de principios, etc. Entre todas ellas se va construyendo la idea actual, confeccionando

un marco de trabajo formado por diversas categorías, producto de las aportaciones que se han ido haciendo con el tiempo.

La elaboración del cuestionario requiere un análisis del concepto objeto de estudio y la obtención de las categorías que lo forman, para elegir convenientemente el abanico de definiciones a ofrecer. Cada una de estas definiciones debe presentar de manera explícita una nueva categoría, que estará en relación con los acontecimientos sociales del momento en el que se configura, por lo que cobrará especial relevancia en un momento determinado de la historia.

En el caso de la salud, las definiciones seleccionadas han sido cinco, y corresponden a cinco momentos identificados en el proceso de construcción de la concepción actual. Cada una de ellas significa un salto cualitativo, una nueva perspectiva con la que la sociedad se ha enfrentado a los problemas sanitarios y ambientales que han ido surgiendo. Las definiciones escogidas significan, escalones a superar para llegar a la concepción actual de salud, adoptada por la OMS y demás organismos internacionales: La salud, no tanto como ausencia de enfermedad y estado de bienestar, sino como resultado de la influencia del medio, de una manera de vivir, y del proceso de desarrollo personal y social. Introducimos la idea de los niveles de salud, entendiendo que a categorías más actuales corresponden niveles más altos, y a categorías más antiguas los niveles más bajos.

Las diversas definiciones de salud que recogen estas categorías están reunidas en el siguiente cuestionario, y se presentan a las personas que lo vayan a contestar, para que las valore y las ordene, priorizándolas según su criterio y su grado

de identificación con cada una de ellas. Al final, cada definición poseerá una calificación entre el 1 y el 5, de forma que no debe haber ningún valor repetido. Al mayor acuerdo con nuestra propuesta se le adjudica un valor de 5 y al menor acuerdo con el 1.

*Questionario para priorizar enunciados de salud*

<b>CONCEPTOS DE SALUD</b>	<b>VALORACIÓN</b>
A) Ausencia de enfermedades e invalideces.	
B) El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades.	
C) El estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio.	
D) Aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y profundamente gozosa.	
E) La capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente.	

El primer enunciado A), es la concepción tradicional y significa la respuesta al rechazo que sienten las personas por las enfermedades. Hasta no hace mucho tiempo, éstas eran de tipo infeccioso y se transmitían con facilidad por los vectores del agua y del aire diezmando las poblaciones humanas. Se identifica con la propia vida.

El enunciado B) se justifica con los avances de la medicina, la capacidad de prevenir y curar muchas de las antiguas enfermedades y la evolución de la idea de enfermedad, pues se admite la existencia de las psicósomáticas añadidas a las infecciosas. Esta definición, que realiza la OMS en su Carta Fundamental en el 1946, después de la segunda guerra mundial, res-

ponde al ideal de mayor bienestar para todos. La salud como un derecho de todos y se sitúa como techo de la más alta aspiración.

El tercer enunciado C), responde a la idea de que la salud completa no existe. El estado de bienestar es un ideal utópico puesto que la salud siempre está acompañado de la enfermedad. La vida es un proceso en el que la salud y la enfermedad coexisten (Dubos, 1967). La salud es el proceso de poder funcionar en un determinado entorno. La idea de la influencia del Medio Ambiente es decisiva.

El cuarto enunciado D), se debe a la constatación de que los hospitales sólo curan un pequeño porcentaje de las enfermedades que en estos momentos nos aquejan, dado que la mayoría de ellas son crónicas y conductuales. De ahí que el Congreso de Médicos y Biólogos catalanes celebrado en 1978 señale que la salud se encuentra en la forma de vivir, en la superación de las dificultades, en el desarrollo personal.

La última definición E), la realiza la OMS en 1985. Recoge las anteriores visiones e intenta integrarlas, puesto que no se puede vivir de forma saludable en un entorno que no lo es. Pero el proceso saludable no está únicamente en el desarrollo personal sino en el compromiso con un desarrollo social para potenciar una mejora de la calidad de vida.

Así pues, las categorías que encontramos en el concepto de salud son: a) ausencia de enfermedad; b) estado de bienestar físico, mental y social; c) influencia del medio y equilibrio con el entorno; d) manera de vivir, estilo de vida; e) desarrollo personal y contribución al desarrollo social (Gavidia, 97) y a cada una de ellas le asignamos un nivel que es ascendente en función de su actualidad.

## RESULTADOS

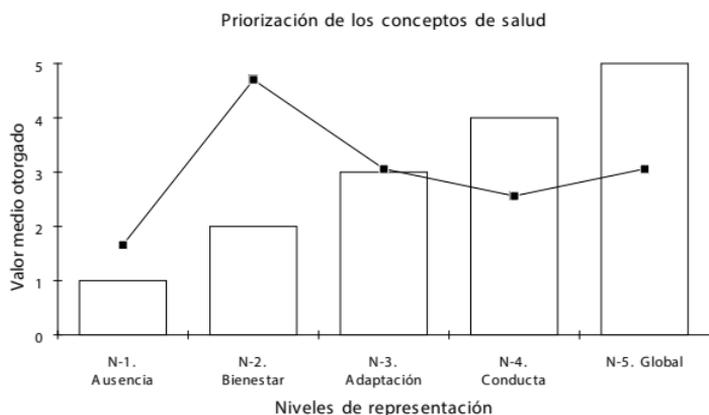
Los resultados se expresan en la tabla 1 y nos permiten señalar que el orden que establece el profesorado para las diferentes definiciones de salud no concuerda con el proceso de construcción del concepto. La primera categoría de salud, “ausencia de enfermedad” solamente la sitúan en el lugar adecuado, el más bajo, el 64% de la muestra. La segunda categoría “estado de bienestar” obtiene la máxima puntuación (4,7) y sólo un 2% la estiman convenientemente situándola en el segundo lugar. Este dato nos da a entender que la mayoría del profesorado se identifica con esta definición. Las otras tres categorías obtienen una valoración media semejante, con la particularidad de que a medida que el nivel de conceptualización es más actual o complejo, el número de profesores que lo sitúan adecuadamente es más bajo.

La diferencia entre la priorización ideal de las definiciones y las que presenta el profesorado que contesta el cuestionario se observa en la gráfica 1. En ella se expresa en barras (que se observan crecientes) los valores de cada una de las definiciones según su nivel de complejidad y actualidad y, superpuesto a ellas, los valores medios otorgados por el profesorado en cada una de las definiciones.

Estos resultados nos señalan que las definiciones más valoradas no son las más actuales, por lo que la representación que posee el profesorado sobre la salud corresponde a un nivel cercano al tradicional, que consiste en considerarla como el estado de vida ideal, sin incorporar la dimensión procesual en el que intervienen las relaciones con los demás, el medio ambiente físico y social, las pautas de conducta, el desarrollo social, etc.

Tabla 1. Resultados obtenidos

CONCEPTOS DE SALUD N = 50	Valor medio	Porcentaje que la sitúan en su lugar	Desviac. estándar
<b>Nivel 1</b> Ausencia de enfermedades e invalideces.	1,66	64%	1,12
<b>Nivel 2</b> El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades.	4,7	2%	0,64
<b>Nivel 3.</b> El estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio.	3,06	46%	0,89
<b>Nivel 4.</b> Aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y profundamente gozosa.	2,56	16%	1,09
<b>Nivel 5.</b> La capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente.	3,06	10%	1,22



Gráfica 1. - Valores medios concedidos a los diferentes conceptos de Salud

## DISCUSIÓN

Varios son los aspectos que podemos considerar en las respuestas a este cuestionario: por una parte, la valoración que recibe cada una de las definiciones y el porcentaje de profesorado que las prioriza en el orden adecuado, cuestión ya expuesta; y por otra parte, el nivel de representación de la salud que posee cada profesor/a que responde al cuestionario, el cual no recoge la tabla de resultados.

Para obtener el nivel de representación del concepto de salud de la persona que responde el cuestionario, debemos observar el conjunto de sus respuestas y el grado de desviación en cada una de ellas. Dado que juzgamos de mayor utilidad conocer la calidad del pensamiento de la persona que contesta, que el número de sus “equivocaciones”, tendremos presente el conjunto de todas sus respuestas. Atenderemos, más que al número de aciertos o errores en cada uno de los enunciados, al grado de aproximación del conjunto de sus respuestas a la norma que hemos establecido de los niveles de representación del concepto de salud.

Para tratar de conocer la idea de salud de la persona que contesta podríamos considerar la desviación de cada respuesta respecto al valor ideal concedido a cada una de las definiciones, y luego sumarlas todas ellas. Sin embargo, ni el número de equivocaciones, ni la suma de sus desviaciones nos sirve para determinar el nivel de representación del concepto salud, dado que difícilmente podemos discriminar entre respuestas diferentes, como podemos observar en el ejemplo siguiente concretado en la Tabla 2.

En la tabla 2, presentamos las respuestas dadas a cada una de las definiciones por tres profesores diferentes mostrando la calificación que les otorgan (el número significa el lugar que ocupan en el orden elegido) y a continuación se indica la desviación de cada respuesta con nuestra propuesta.

*Tabla 2: Posibles respuestas de tres profesores diferentes*

Orden fijado en las definiciones	Profesor/a A		Profesor/a B		Profesor/a C	
	Calificación otorgada	Desviación	Calificación otorgada	Desviación	Calificación otorgada	Desviación
1º - A	4	3	4	3	5	4
2º.- B	5	3	5	3	4	2
3º.- C	3	0	3	0	3	0
4º.- D	1	3	2	2	2	2
5º.- E	2	3	1	4	1	4
Total		12		12		12

Con estos resultados hipotéticos podemos observar que los tres profesores se han equivocado cuatro veces y que la suma de las desviaciones de sus respuestas, en cada uno de los tres casos, es de 12. Sin embargo, cada uno de ellos se aproxima de forma diferente a la representación ideal de salud, pues el profesor/a C ha priorizado las respuestas con un orden que es completamente opuesto al elegido, cosa que no ocurre en los demás casos.

Para discriminar entre los niveles de representación de los tres profesores aplicamos el Coeficiente de Correlación de Gamma. Se trata de un coeficiente de correlación no paramétrico, válido para hallar la correlación entre dos variables, ambas de escala ordinal. Es, por tanto, una medida de la asociación entre dos variables y se le puede considerar como la probabilidad de que un par aleatorio de observaciones sea concordante menos la probabilidad de que sea discordante. El valor

máximo es 1 si la población coincide con la diagonal principal, y es -1 si se concentra en la diagonal secundaria. Es decir, los valores pueden ir de 0 a 1 y de 0 a -1, e indican la probabilidad de acierto del mismo orden o de un orden inverso respectivamente, de una variable partiendo del orden de la otra.

La aplicación del Coeficiente de Correlación de Gamma discrimina todos los posibles casos de respuestas diferentes, y otorga el nivel más bajo (-1) a la ordenación de las definiciones más opuesta (el caso C de nuestro ejemplo) a la norma que hemos establecido. Ahora podemos conocer el nivel de representación del concepto salud de quien contesta el cuestionario si adjudicamos a cada valor del Coeficiente de Correlación de Gamma, un nivel distinto de representación. Para ello adjudicamos el Nivel 1, el más bajo, al índice de correlación menor (-1) y el nivel superior N-5 al índice de correlación mayor (+1). Dispuestos los dos extremos, la relación entre los valores intermedios queda de la siguiente manera:

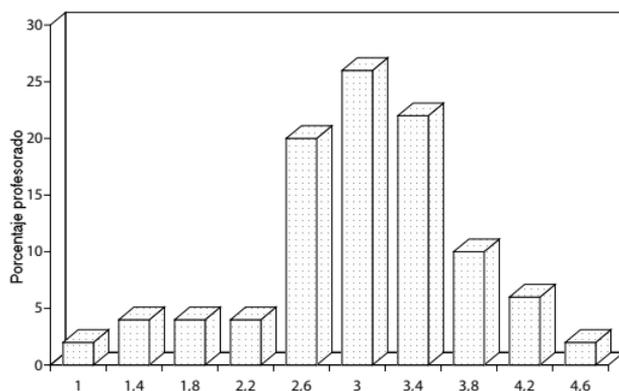
N-5	→	□	+1
N-4,6	→	□	+0,8
N-4,2	→	□	+0,6
N- 3,8	→	□	+0,4
N-3,4	→	□	+0,2
N-3	→	□	0
N-2,6	→	□	-0,2
N-2,2	→	□	-0,4
N-1,8	→	□	-0,6
N-1,4	→	□	-0,8
N-1	→	□	-1

Aplicando el Coeficiente de Correlación de Gamma al orden que ha elegido cada profesor en sus respuestas y haciendo la conversión a su nivel de representación, obtenemos los resultados individualizados de los 50 profesores y profesoras encuestados, es decir, podemos adjudicar un determinado nivel a su representación de salud. Los resultados globales se presentan en la tabla 3 y en la gráfica 2.

Tabla 3.- Niveles en la representación de salud del profesorado

Coeficiente Correlación	Nivel de Representación	Frecuencia	Porcentaje
-1,0	1	1	2
-0,8	1,4	2	4
-0,6	1,8	2	4
-0,4	2,2	2	4
-0,2	2,6	10	20
0,0	3	13	26
0,2	3,4	11	22
0,4	3,8	5	10
0,6	4,2	3	6
0,8	4,6	1	2
1,0	5	0	0
TOTAL		50	100

Niveles representación en la elección de definiciones



Gráfica 2.- Porcentaje de profesorado con distintas representaciones de la Salud.

En la tabla y en la gráfica que se presentan podemos observar, que no ha habido ningún profesor que priorice sus respuestas en el mismo orden que hemos establecido, es decir que alcance el nivel 5. El 40% ofrece una ordenación que posee la misma tendencia que la propuesta, ya que su índice de correlación es positivo; el 34% presenta una priorización en sus respuestas que podemos considerar inversa a la nuestra, pues su índice de correlación es negativo; el 26% restante no podemos considerar su tendencia en la ordenación de sus respuestas, ya que su índice de correlación es cero, pero en todo caso su desviación es considerable.

Estableciendo las oportunas relaciones entre los Coeficientes de Correlación y los Niveles de Representación de cada una de las respuestas, obtenemos los datos expuestos, en los que se aprecia que el nivel más frecuente es el 3, una sola respuesta posee el nivel 1 y ninguna alcanza el nivel 5. El nivel medio alcanzado es de 3,1 con una desviación estándar de 0,84.

Otra forma de conocer el nivel de representación del concepto de salud atendiendo a la priorización de las definiciones es más intuitiva. Se trata de aplicar un factor de corrección a cada una de las respuestas de la siguiente forma: multiplicar por 1 la calificación otorgada al nivel 1, multiplicar por 2 la calificación otorgada al nivel 2, y así sucesivamente hasta llegar al nivel 5 que se multiplica por 5 la calificación otorgada en este nivel. Veamos tres ejemplos: Profesor/a O con la máxima coincidencia con la escala propuesta, Profesor/a A y C, los mismos casos del ejemplo anterior, ya comentados, este último con la mínima coincidencia con nuestra escala pues presenta la tendencia en la valoración inversa. Los datos se expresan en la Tabla 4.

Orden fijado en las definiciones	Profesor/a O		Profesor/a A		Profesor/a C	
	Calificac. otorgada	Factor corrección	Calificac otorgada	Factor corrección	Calificac otorgada	Factor corrección
1	1	$1 \times 1 = 1$	4	$4 \times 1 = 4$	5	$5 \times 1 = 5$
2	2	$2 \times 2 = 4$	5	$5 \times 2 = 10$	4	$4 \times 2 = 8$
3	3	$3 \times 3 = 9$	3	$3 \times 3 = 9$	3	$3 \times 3 = 9$
4	4	$4 \times 4 = 16$	1	$1 \times 4 = 4$	2	$2 \times 4 = 8$
5	5	$5 \times 5 = 25$	2	$2 \times 5 = 10$	1	$1 \times 5 = 5$
Total		55		37		35

*Tabla 4. Posibles respuestas de tres profesores diferentes*

Podemos observar cómo las puntuaciones después de aplicar el factor de corrección discriminan todos los posibles casos de respuestas diferentes, y otorgan a la máxima coincidencia (caso O) la puntuación de 55 y a la menor coincidencia (caso C) la puntuación de 35.

De esta forma también podemos conocer el nivel de representación del concepto salud de quien contesta el cuestionario. Para ello adjudicamos el Nivel 5, el de mayor coincidencia, a la puntuación de 55, la más alta, y el Nivel 1 a la menor correlación que corresponde a la puntuación de 35. Dispuestos los dos extremos, la relación entre los valores intermedios queda de la siguiente manera: Nivel 4 = 50; Nivel 3 = 45; Nivel 2 = 40; Nivel 1 = 35.

## CONCLUSIONES

La presentación de un conjunto de definiciones de un concepto en un cuestionario para priorizarlas, se muestra como un instrumento válido para conocer las representaciones que se poseen sobre dicho concepto.

La elección de las definiciones puede basarse en su proceso de construcción. Lo importante es que cada una de ellas muestre una de las diversas categorías que posee el concepto de estudio e intentar establecer una ordenación que muestre un gradiente de complejidad.

En el análisis de los resultados interesa, más que el número de aciertos o errores de las personas que contestan, el conjunto de sus respuestas, esto es, la priorización que establece con todas ellas.

Para clasificar las diferentes ordenaciones dadas en las respuestas y poder discriminar entre ellas, podemos utilizar el coeficiente de correlación de Gamma o un factor de corrección intuitivo. Posteriormente adjudicamos a cada valor obtenido un nivel conceptual de salud diferente.

Aplicada esta técnica a la representación de salud que posee el profesorado encuestado, obtenemos que un 40% tiene una concepción aproximada a la actual, mientras que el resto se encuentra en representaciones más tradicionales.

El valor medio del nivel de representación del profesorado encuestado es de 3,1 sobre 5, con una desviación estándar de 0,84.

Estos resultados son coherentes con los obtenidos mediante técnicas diferentes como son mapas conceptuales o cuestionarios cerrados (Gavidia, 1998).

## REFERENCIAS

Astolfi, J.P. (1994). El trabajo didáctico de los obstáculos, en el corazón de los aprendizajes científicos. *Enseñanza de las ciencias*, 12 (2), 206-216.

Banet, E. y Nuñez, F. (1988). Ideas de los alumnos sobre la digestión: aspectos anatómicos. *Enseñanzas de las ciencias*, 6 (1), 30-37.

Banet, E. y Nuñez, F. (1989). Ideas de los alumnos sobre la digestión: aspectos fisiológicos. *Enseñanzas de las ciencias*, 7 (1), 35-44.

Banet, E. y Nuñez, F. (1995). Representaciones de los alumnos y alumnas sobre el cuerpo humano. *Alambique, Didáctica de las Ciencias Experimentales*, 4, 79-86.

Calderhead, J. (1988). Conceptualización e investigación del conocimiento profesional de los profesores. En L.M Villar (Ed.), *Conocimiento, creencias y teorías de los profesores* (pp: 21-37). Alcoy: Marfil.

Casado, A. (1999) Estudio de las ideas previas de los alumnos sobre la sangre. *Universidad Abierta*. 21, 199-242.

Duit, R. (1993). Research on students' conceptions. Developments&trends. Third International Seminar on Misconceptions and Educational Strategies in Science and Mathematics. Ithaca. EEUU: Cornell University.

Duit, R. y Pfundt, H. (2009). Students' and teachers' conceptions and science education. Recuperado el 20/01/2011/ de [www.ipn.uni-kiel.de/aktuell/stcse](http://www.ipn.uni-kiel.de/aktuell/stcse)

Furió, C. (1994). Tendencias actuales en la formación del profesorado de ciencias. *Enseñanza de las Ciencias*, 12 (2), 188-199.

Furió, C., Solbes, J. y Carrascosa, J. (2006). Las ideas alternativas sobre conceptos científicos: tres décadas de investigación. *Alambique, Didáctica de las Ciencias Experimentales*, 48.

Gavidia, V. (1998). *Salud, Educación y Calidad de vida. De cómo las concepciones del profesorado inciden en la salud*. Santa Fé de Bogotá. Colombia: Cooperativa Editorial Magisterio.

Gil, D. (1991). ¿Qué han de saber y saber hacer los profesores de ciencias? *Enseñanza de las Ciencias*, 9 (1), 69-77.

Gil, D. (1994). Diez años de investigación en didáctica de las ciencias: Realizaciones y perspectivas. *Enseñanza de las Ciencias*, 12 (2) 154-164.

Jimenez, A. B. y Feliciano, L. (2006). Pensar el pensamiento del profesorado. *Revista Española de Pedagogía*, 233, 105-122.

Mellado, V. (1996). Concepciones y prácticas de aula de profesores de ciencias, en formación inicial de primaria y secundaria. *Enseñanza de las Ciencias*, 14 (3), 289-302.

Núñez, F y Banet, E. (1996). Modelos conceptuales sobre las relaciones entre digestión, respiración y circulación. *Enseñanza de las Ciencias*, 14 (3), 261-278.

Oliva, J.M. (1999). Algunas reflexiones sobre las concepciones alternativas y el cambio conceptual. *Enseñanza de las Ciencias*, 17 (1), 93-107.

Pérez de Eulate, L., Llorente, E. y Andreu, A. (1999). Las imágenes de digestión y excreción en los libros de texto. *Enseñanza de las Ciencias*, 17 (2), 165-178.

Porlán, R. (1997). Conocimiento profesional y epistemología de los profesores I: Teoría, métodos e instrumentos. *Enseñanza de las Ciencias*, 15 (2), 155-171.

Schön, D.A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos*. Madrid: Paidós-MEC.

Serrano, R. C. (2010). Pensamientos del profesor: un acercamiento a las creencias y concepciones sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje en la Educación Superior. *Revista de Educación*, 352, 267-287.

Solbes, J. y Traver, M.J. (1996). La utilización de la historia de las ciencias en la enseñanza de la física y Química. *Enseñanza de las Ciencias*, 14 (1), 103-112.

# TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO COMO PROPOSTA DE PREVENÇÃO DE DISTÚRBIOS DE LEITURA E ESCRITA: INTEGRANDO FONOAUDIOLOGIA E ESCOLA

Christina Cesar Praça Brasil  
Brasília Maria Chiari  
Patrícia Moreira Costa Collares  
Raimunda Magalhães da Silva

## INTRODUÇÃO

As inovações tecnológicas em saúde respondem por uma parcela significativa do esforço em pesquisa e desenvolvimento mundial na sociedade contemporânea do conhecimento (GADELHA; COSTA, 2012). Apoiada por uma proposta interdisciplinar, esta pesquisa busca ferramentas do campo da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC). Esta é uma forma de mediação com potencial transformador das relações, representa um suporte de auxílio à reorganização de competências e habilidades dos educadores e a transformação das relações entre os seus usuários. Por muitas vezes, essas inovações são expressas de modo lúdico e interativo por excelência (MONTEIRO; RIBEIRO; STRUCHINER, 2007).

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), estabeleceu, no campo institucional, consensos que respaldam a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNC-TIS) e derivam da Agência Nacional de Prioridades de Pesqui-

sa em Saúde (ANPPS). Estas iniciativas buscam o incentivo no desenvolvimento de tecnologias que visem, prioritariamente, ações preventivas em rede (ALBUQUERQUE; SERRUYA, 2009; BRASIL, 2008).

A Fonoaudiologia Educacional desenvolve sua prática voltada ao aprimoramento da comunicação humana e à prevenção dos seus distúrbios em todos os sujeitos que fazem parte do contexto escolar (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2003). Portanto, alunos, professores, pais e funcionários são alvos dessas ações. Neste âmbito, essas ações não enfocam aspectos patológicos, mas a Promoção da Saúde, visto que o fonoaudiólogo busca meios para que seus conhecimentos nas áreas de linguagem oral e escrita, motricidade oral, voz e audição possam fazer parte de programas educacionais (ZORZI, 2003).

Sacaloski, Alavarsi e Guerra (2000) referem que o professor tem papel de destaque nesse processo, visto que, bem assessorado por um fonoaudiólogo, é um forte aliado para o desenvolvimento de estratégias de estimulação das habilidades comunicativas dos alunos e detecção precoce dos desvios em seu desenvolvimento. Estes profissionais são, geralmente, os primeiros a ensinar a criança a ler e a escrever e precisam, para esse fim, conhecer suas etapas e desvios. Além disso, dispõem de um tempo regular de convivência com os alunos, o que favorece o acompanhamento de seu desenvolvimento. É comum observar, entretanto, que os educadores apresentam muitas dúvidas com relação ao processo de desenvolvimento normal da comunicação, sobre como proceder com alunos portadores de Distúrbio de Leitura e Escrita (D.L.E.) e como seu trabalho poderá ser otimizado com a parceria de um fonoaudiólogo.

O D.L.E. está configurado entre as alterações da comunicação humana mais frequentes em escolares, sendo um desafio vivenciado pelos professores na sua prática diária. Freire (1992) mostrou que 32% das crianças que buscam o serviço fonoaudiológico em postos de saúde apresentam queixas relacionadas a problemas de aprendizagem. O aumento dos fracassos escolares carrega um significativo número de crianças para clínicas-escola, o que torna imprescindível a fundamentação teórica dos professores sobre questões fonoaudiológicas (MATTOS et al, 1998; SANTOS, NAVAS, 2002; MATHES, DENTON, 2002).

Na maioria das vezes, o professor não está capacitado para identificá-lo adequadamente, comprometendo o ensino-aprendizagem e a qualidade dos serviços prestados pela escola aos seus portadores. Tudo isso se torna mais evidente com a ausência da parceria entre a Fonoaudiologia e a escola.

A criação, implantação e implementação de programas fonoaudiológico-preventivos na escola, com ou sem o auxílio da informática, estimulam de forma global o desenvolvimento das habilidades comunicativas e intelectuais dos educandos, favorecendo, também, o trabalho do educador no que se refere às atividades de leitura, escrita, aptidões auditivas e expressão oral. Estudos revelam que, historicamente, as instituições educacionais que mantêm parceria permanente com a Fonoaudiologia obtêm resultados educacionais mais satisfatórios (GOMES et al, 1997; BARBOSA, 1997). Nesse contexto, Marin et al (2003) defendem a ação educativa como estratégia fundamental para a Promoção da Saúde.

É fato que as novas tecnologias modificam o cotidiano

das pessoas, seja no âmbito laboral, educacional ou fora dele. A tecnologia aplicada ao cuidado em saúde constitui um fenômeno que leva a uma prática representacional pelos agentes sociais, levando em conta as reconfigurações das relações interpessoais ante o fenômeno das incorporações tecnológicas no dia a dia (SILVA; FERREIRA, 2009).

A utilização de recursos informáticos multimídia para fins educacionais está referenciada na literatura como instrumento que promove motivação e estimulação sensorial (FOZ, 2002), além de permitir criação de material interativo que torna o aprendizado mais eficaz (TAROUCO, FABRE, TAMASIUNAS, 2003).

Às informações são de fundamental importância para o acesso e a democratização da saúde, instigando o exercício da cidadania e fortalecendo o controle social (OLIVEIRA et al., 2010). Em síntese, a educação é vista como um método que tem a capacidade de influenciar e reverter os conceitos arraigados ao longo do tempo na constituição da saúde, sugerindo, ainda, novos desafios na área da saúde fundamentados na troca de saberes (STAUDT, 2008).

Dessa forma, este recurso se aplica à proposta de promoção da educação continuada do professor no que se refere à prevenção do D.L.E. Michaelis, Nieman e Schöning (1994) relatam que a identificação precoce dos distúrbios de aprendizagem e a intervenção terapêutica precoce previnem ou reduzem esses problemas e suas consequências.

Ante o exposto, o presente estudo objetivou: elaborar e aplicar o *software* Integrando Fonoaudiologia e Escola entre professores do ensino fundamental, o qual aborda aspectos so-

bre a Fonoaudiologia Educacional, a prevenção dos D.L.E. e promove maior embasamento teórico para os referidos professores, sensibilizando-os para a prevenção do D.L.E., detecção e realização de encaminhamentos de crianças com tais distúrbios.

## MÉTODOS

Esta é uma pesquisa quantitativa, de caráter transversal, composta de três etapas. Contou-se com quatro escolas previamente selecionadas, consultadas e esclarecidas quanto aos objetivos da pesquisa. A seleção das escolas obedeceu aos seguintes critérios: escolas com ensino fundamental; inexistência de fonoaudiólogos na equipe; existência de laboratórios de informática com acesso à internet e computadores com *kits* multimídia; compatibilidade entre o nível socioeconômico dos alunos que frequentam a escola e o nível de formação acadêmica dos professores - formação superior completa em Pedagogia ou Letras.

Na primeira etapa, ocorreu a aplicação de formulários de caracterização institucional e diagnóstico, quando foram selecionadas as quatro escolas. Este foi respondido por um representante de cada escola. Em seguida, os professores preencheram os questionários do diagnóstico e/ou formativo em etapas distintas. Foram aplicados 77 questionários de diagnóstico (seis na escola A, 33 na B, vinte e três na C e 15 na escola D).

O questionário-diagnóstico era composto de 11 itens objetivos e subjetivos acerca dos conhecimentos gerais e específicos dos professores sobre a Fonoaudiologia Educacional, sua capacidade em estimular o desenvolvimento das habilida-

des de leitura e escrita, identificar alunos com dificuldades nesta área e encaminhar adequadamente tais crianças, em caso de problemas. Estes questionários foram analisados e, em seguida, as principais dúvidas ou dificuldades dos professores foram listadas, o que auxiliou na composição do conteúdo do *software*.

A segunda etapa coincidiu com a elaboração e confecção do *software* educativo e interativo, intitulado “Integrando Fonoaudiologia e Escola”, que aborda a atuação fonoaudiológica para a prevenção do D.L.E. na escola. Esta etapa ocorreu em um estúdio de Informática, com a utilização do programa Flash MX para a confecção do *software*. Uma equipe composta pela fonoaudióloga pesquisadora (elaboração do conteúdo e textos do *software*), um programador (para programação informática), um desenhista (para criação dos personagens e fundos de tela), um revisor de texto (responsável pela checagem da redação dos textos) e quatro atores do Grupo Mirante de Teatro da Universidade de Fortaleza participaram desse processo. A duração desta fase foi de quatro meses.

Os personagens criados foram Pedro (dez anos de idade, repetente, com distúrbio de leitura e escrita); Téó (nove anos de idade, com ótimo desempenho de leitura e escrita); Nina (nove anos de idade, estudiosa, compreende a função social da leitura e escrita, além de ser estimulada pelos pais) todos alunos da 3ª série do ensino fundamental; a professora Melina (formada em Pedagogia, com pouco conhecimento em relação à Fonoaudiologia e aos D.L.E. e valoriza bastante o trabalho conjunto da Fonoaudiologia com professores) e a fonoaudióloga Tina (que apresenta o conteúdo do programa e responde aos questionamentos da personagem Melina).

O programa consta de 13 ambientes principais: 1º) tela abertura com o título; 2º) menu principal (contendo os ícones de acesso aos demais ambientes); 3º) tela de apresentação dos personagens; 4º) visão geral sobre a Fonoaudiologia (definição e áreas de atuação); 5º) Fonoaudiologia educacional (objetivos e ações); 6º) desenvolvimento normal da leitura e escrita (etapas); 7º) o D.L.E./definição; 8º) sinais e sintomas; 9º) conduta do professor em sala de aula e encaminhamentos; 10º) conduta do fonoaudiólogo; 11º) atividades de fixação (questionamentos para reflexão e debates); 12º) bibliografia sugerida ao educador e 13º) lista de *softwares* educativos para estimulação da leitura e escrita.

A terceira etapa transcorreu após a finalização do programa. Foram contatadas novamente as escolas, para agendar os treinamentos e orientar os professores sobre as atividades. Realizou-se um encontro com duração de cinco horas para cada escola separadamente com o objetivo de demonstrar o manuseio do programa, sensibilizar para a importância da prevenção do D.L.E. e do trabalho integrado entre fonoaudiólogos e professores.

As escolas A, B e D realizaram treinamento no laboratório de informática da Universidade de Fortaleza. Apenas o treinamento da escola C foi realizado em laboratório de informática próprio. Ao treinamento das escolas compareceram 39 professores treinados (apenas um do sexo masculino) dos 77 inicialmente acessados.

Todo o manuseio do *software* pelos professores foi dirigido pela fonoaudióloga-pesquisadora e teve como focos o hábito à navegação pelos ambientes do programa e à compre-

ensão da sequência do conteúdo apresentado. Os professores responderam o Questionário Formativo nos dez minutos finais do treinamento.

O Questionário Formativo era composto de 15 itens que abordaram: identificação do professor; opinião sobre o treinamento e o *software*; as estratégias que o professor utilizará a partir do treinamento para estimular leitura e escrita; a validade do programa para facilitar a identificação de crianças com D.L.E.; a(s) área(s) da Fonoaudiologia em que eles querem se aprofundar; a investigação do conhecimento e a aplicação prévia de programas educacionais pelo público da pesquisa, dentre outros.

Os questionários-diagnóstico e formativo foram analisados de forma quantitativa, com valores absolutos e relativos, favorecendo uma visão geral, com o recurso do Excel e do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Para proceder aos cruzamentos e comparações entre as questões 1 (Questionário Diagnóstico) e 6 (Questionário Formativo), foi utilizada a Análise de Dados Categorizados, com a aplicação do programa NTIA – módulo CM (*software* da Embrapa). Finalizando a análise, fez-se a comparação dos achados com a literatura pesquisada.

Os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram criteriosamente seguidos em todas as etapas do processo. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo, sob o número CEP N° 0494/03.

## RESULTADOS

Os resultados a seguir correspondem aos aspectos mais relevantes coletados dos questionários Diagnóstico e Formativo, os quais foram submetidos a uma análise com base na Estatística Descritiva. Assim, serão apresentados em subitens para facilitar a compreensão.

Foram considerados os questionários dos 39 professores que participaram de todas as etapas da pesquisa.

### 1ª Etapa: Questionário Diagnóstico

Tabela 1. DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DA EXISTÊNCIA DE ALUNOS PORTADORES DE DIFICULDADES DE LEITURA E ESCRITA

<b>Categorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Não</b>	6	15,38
<b>Não marcou</b>	1	2,56
<b>Sim</b>	32	82,05
<b>Total</b>	39	100,00

Observa-se, na tabela 1, que 32 (82,05%) professores referiram possuir alunos com algum tipo de dificuldade de leitura e/ou escrita.

O estudo também mostrou que, dentre os participantes, 26 (66,67%) não se julgaram preparados para lidar com alunos com algum tipo de dificuldade de leitura/escrita, visto que, dos 39 professores, 21 (53,85%) não receberam nenhum tipo de treinamento para tal finalidade. Outro dado considerado foi a inexistência de fonoaudiólogos atuando nas escolas onde os professores trabalham, fato referido por 74,36% (29) dos participantes.

## 2ª Etapa: Questionário Formativo

Após o treinamento, com a aplicação do *software* Integrando Fonoaudiologia e Escola, o questionário formativo foi respondido e mostrou uma melhora significativa no conhecimento do professor referente às questões fonoaudiológicas na escola, principalmente referentes à prevenção do D.L.E.

Tabela 2. DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS SOBRE A OPINIÃO DOS PROFESSORES A RESPEITO DO TREINAMENTO INTEGRANDO FONOAUDIOLOGIA E ESCOLA

<b>Categorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Bom</b>	3	7,69
<b>Ótimo</b>	36	92,31
<b>Total</b>	39	100,00

A Tabela 2 mostra que a quase totalidade dos professores 36 (92,31%) considerou ótimo o treinamento Integrando Fonoaudiologia e Escola com o uso do *software*, enquanto os outros 3 (7,69%) os consideraram bom.

Foi possível detectar com a pesquisa que, após o treinamento, apenas 23,08% (nove) continuaram a julgar-se despreparados para lidar com alunos portadores D.L.E. e 58,97% (23) consideraram-se sensibilizados para questões sobre a Fonoaudiologia Educacional.

Tabela 3. DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DO CONHECIMENTO DO PROFESSOR SOBRE ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO D.L.E. APÓS O TREINAMENTO

<b>Categorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Despertou interesse</b>	4	10,26
<b>Insuficiente</b>	1	2,56
<b>Muito</b>	15	38,46
<b>Não marcou</b>	1	2,56
<b>Suficiente</b>	18	46,15
<b>Total</b>	39	100,00

Por meio da Tabela 3, pode-se observar que, após a aplicação do programa, apenas um professor (2,56%) considerou seu conhecimento sobre o assunto como insuficiente, 18 (46,15%) passaram a ter um conhecimento suficiente e 15 (38,46%) categorizaram seu conhecimento como muito acerca dessa atuação.

Tabela 4. DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DO ENCAMINHAMENTO DAS CRIANÇAS COM DIFICULDADES DE LEITURA E ESCRITA A SER REALIZADO PELOS PROFESSORES APÓS O TREINAMENTO

<b>Categorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Não</b>	2	5,13
<b>Sim</b>	37	94,87
<b>Total</b>	39	100,00

A Tabela 4 mostra que 94,87% (37) dos professores passarão a encaminhar as crianças com dificuldades de leitura e escrita para um fonoaudiólogo, enquanto 5,13% continuarão a encaminhar para outros profissionais.

Tabela 5. CRUZAMENTO DAS AS QUESTÕES 1 (QUESTIONÁRIO DIAGNÓSTICO) E 6 (QUESTIONÁRIO FORMATIVO)

<b>Questão 1 - diagnóstico</b>	<b>Questão 6 - formativo</b>		<b>Total</b>
	<b>ambas</b>	<b>preventiva</b>	
<b>ambas</b>	5 (13,2%)	17 (44,7%)	22 (57,9%)
<b>preventiva</b>	1 (2,6%)	12 (31,6%)	13 (34,2%)
<b>terapêutica</b>	0 (0,0%)	3 (7,9%)	3 (7,9%)
<b>Total</b>	6 (15,8%)	32 (84,2%)	38 (100,0%)

A Tabela 5 mostra que, por meio do cruzamento, se estimaram as referidas proporções, sugerindo que, depois da aplicação do *software* o percentual de professores que percebem o caráter preventivo da atuação do fonoaudiólogo na escola

aumentou 51,2% em relação àqueles que a percebiam como ambas ou terapêutica, segundo o modelo reduzido utilizado. As linhas horizontais referem-se aos percentuais da questão 1 do Questionário Diagnóstico, em que 57,9% (22) marcaram a categoria ambas, 34,2% (13) preventiva e 7,9% (3) terapêutica. As linhas verticais referem-se às respostas da questão 6 do Questionário Formativo, em que 15,8% (6) selecionaram a categoria ambas, 84,2% (32) preventiva e nenhum optou por terapêutica. Um dos professores teve a resposta dessa questão invalidada, tendo sido os percentuais calculados com base em 38 sujeitos, o que estatisticamente não altera as respostas.

## DISCUSSÃO

A tecnologia educacional compreende um conjunto sistêmico de conhecimentos científicos que tornam possível o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento de estratégias educacionais, formais e informais. Para aplicar uma tecnologia, é imprescindível que o profissional da saúde seja um facilitador do processo ensino-aprendizagem, e a clientela um sujeito participante desse processo. Deste modo, ambos utilizam a consciência criadora da sensibilidade e da criatividade, na busca do crescimento pessoal e profissional (NIETS-CHE et al. 2005).

Os dados obtidos por meio do estudo, ao serem comparados à literatura, confirmam a necessidade de reforço das ações fonoaudiológicas na escola, bem como da relação entre fonoaudiólogos e professores.

Observou-se, na tabela 5, que 57,9%(22) dos professores classificaram, no questionário-diagnóstico, a atuação do

fonoaudiólogo na escola como preventiva e terapêutica (categoria ambas). Esse fato decorreu, em grande parte, do desconhecimento do professor sobre esse tipo de atuação fonoaudiológica, antes do treinamento. Os professores consideram que o fonoaudiólogo na escola realiza prevenção e terapia fonoaudiológica, ainda marcados pela tradição de que o enfoque era dirigido para atuação clínica em distúrbios já instalados e pela necessidade de assistencialismo, como defendem Marin *et al* (2003). Ressalta-se a importância de os professores reconhecerem que o fonoaudiólogo na escola é um educador em saúde, portanto, deverá promover ações junto aos professores que evitem ou minimizem o fracasso escolar. O professor deverá encaminhar para a terapia fonoaudiológica somente os casos sem resolubilidade no ambiente escolar.

A mesma tabela mostra que, após o treinamento, com a utilização do *software* Integrando Fonoaudiologia e Escola, 84,2% (32) dos professores passaram a classificar a atuação do fonoaudiólogo educacional como preventiva. Assim, observa-se que o desenvolvimento de programas e estratégias que favoreçam a educação continuada do professor são instrumentos valiosos para facilitar a atuação interdisciplinar.

Segundo autores pesquisados, como Sacaloski *et al* (2000); Zorzi (2003) e Conselho Federal de Fonoaudiologia (2003), é válido ressaltar que a Fonoaudiologia Educacional tem caráter preventivo e visa à Promoção da Saúde dos sujeitos que participam do ambiente escolar, preocupando-se mais com questões ligadas à saúde do que à doença, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa. Esse foco precisa ser desenvolvido e enfatizado entre os professores para que se associem a este profissional no desenvolvimento de estratégias de esti-

mulação de linguagem oral e escrita (CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 1ª REGIÃO, 1998). Tudo isso contribui de forma significativa para que a escola se torne um ambiente propício para o desenvolvimento das habilidades comunicativas de alunos e professores, transformando-se em ambientes promotores da saúde, colaborando com o Programa Saúde na Escola.

Este ensaio mostrou que 82,05% (32) dos professores (tabela 1) referiram ter em suas salas de aula alunos com dificuldades de leitura e escrita, as quais representam desafios permanentes na rotina diária do professor, que nem sempre se encontra preparado para lidar com problemas dessa natureza ou realizar, a termo, os encaminhamentos necessários. Estes dados estão compatíveis com as pesquisas desenvolvidas por Zorzi (2003).

Em razão do significativo número de professores que percebem alunos com dificuldades de leitura e escrita, chama a atenção o fato de que, antes do treinamento, 66,67% (26) dos entrevistados não se julgavam preparados para lidar com crianças portadoras de dificuldades de leitura e escrita, além de 53,85% (21) referirem não terem sido treinados para esse fim. Após o treinamento, observou-se redução para 23,08% (nove) dos professores que se julgam despreparados e o aumento para 58,97% (23) daqueles que se consideram sensibilizados para essas questões e passaram a compreender a sua importância ante os alunos portadores de dificuldades nessas habilidades. Essa sensibilização foi considerada muito importante, visto que as habilidades de leitura e escrita devem ser valorizadas no âmbito do aprendizado escolar.

A ausência de fonoaudiólogos nas escolas, referida por 74,36% dos professores, favorece os achados, mostrando estes que 66,67% (26) deles nunca participaram de ações fonoaudiológicas nas escolas em que atuam. Esse fato também justifica, em parte, sua falta de conhecimento relativo à atuação do fonoaudiólogo na escola. Assim, os dados exibidos mostram a assystematicidade das ações e participações do fonoaudiólogo nas escolas, o que desfavorece um trabalho contínuo, integrado e com resultados eficazes. Esses dados refletem a importância de se pensar em meios para fazer com que os conhecimentos do fonoaudiólogo possam vir a fazer parte dos programas educacionais permanentemente, como propõe Zorzi (2003). Pode-se, ainda, refletir sobre a inclusão de noções sobre Fonoaudiologia na formação acadêmica do professor.

As ações fonoaudiológicas na escola estão previstas na Lei n. 6965/81 e, conforme a literatura pesquisada, precisam ser constantes e sistemáticas, visto que o número de crianças portadoras de dificuldades ligadas ao aprendizado é bastante significativo no Brasil, chegando, em média, a 32% das crianças encaminhadas para atendimento fonoaudiológico, segundo Freire (1992).

O treinamento desenvolvido foi avaliado como ótimo por 92,31% (36) dos participantes, como mostra a tabela 2. Esse dado pode ser confirmado, ao se observar o ganho de conhecimentos obtidos sobre a atuação do fonoaudiólogo no D.L.E., com a aplicação do *software*. Assim, pode-se observar que, após o treinamento, 38,46% (15) classificaram seu conhecimento sobre o assunto como muito e outros 46,15% (18) como suficiente, conforme a tabela 3. Estes achados não podem ser comparados à literatura pesquisada, em virtude de não

ter sido constatada a existência de estudos semelhantes. Como outros tipos de estratégias citadas, entretanto, por vários autores, observou-se o grande interesse e notou-se a satisfação despertados pelo treinamento com o uso do recurso informático.

Outro fator a ser considerado foi a inclusão da tecnologia informática na confecção desse material – Integrando Fonoaudiologia e Escola, que proporcionou a estimulação multissensorial para o professor, motivando-o e servindo como material de consulta permanente para esse público-alvo, o que convergiu para os achados de Foz (2002) e Tarouco, Fabre e Tamasiunas (2003).

Ressalta-se que, mesmo treinado, o professor não deverá diagnosticar a natureza das dificuldades de leitura e escrita observadas nos seus alunos, mas, contando com a assessoria de um fonoaudiólogo, poderá desenvolver estratégias que os identifiquem precocemente (MICHAELIS, NIEMAN, SCHÖNING, 1994), estimulem sua superação ou trabalhem de modo mais integrado com outros profissionais.

Após o treinamento, conforme a tabela 4, a compreensão das funções do fonoaudiólogo dentro e fora da escola favoreceu um aumento significativo para 94,87% (37) o número de professores que passarão a encaminhar em primeiro lugar as crianças com dificuldades de leitura e escrita para o fonoaudiólogo. Eles referiram que pelo fato de esse profissional não lidar apenas com patologias, é capaz de receber este aluno, auxiliá-lo a identificar a causa do problema, além de encaminhar para outros profissionais.

É válido dizer que as escolas disponham desse programa para que sirva como fonte constante de pesquisa para profes-

sores e outros profissionais da escola, lembrando-lhes sempre sobre a importância da atuação do fonoaudiólogo na escola e a sistematização dessas ações, concordando com Gomes et al (1997) e Barbosa (1997). De acordo com Mattos et al (1998), Santos, Navas (2002) e Mathes, Denton (2002), a crescente demanda de fracassos escolares faz aumentar o número de atendimentos em clínicas-escola, e isso faz com que a fundamentação teórica do professor sobre o D.L.E. seja cada vez mais necessária, favorecendo o conhecimento dos fatores causais desse fracasso e a criação de estratégias para minimizar o problema.

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), ou seja, tecnologias de informática e de telecomunicações, são aplicadas ao processamento, armazenamento e transmissão de informação em formato digital, e trazem mais velocidade e confiabilidade, entre outros, à troca de informações entre as diversas áreas de uma empresa (CARR, 2004).

## **CONCLUSÃO**

Ao final da pesquisa, foi possível concluir que:

1. o programa Integrando Fonoaudiologia e Escola favoreceu uma sensibilização para que os professores do Ensino Fundamental – 1ª a 4ª séries – compreendam a atuação do fonoaudiólogo no âmbito educacional e a importância da parceria permanente entre fonoaudiólogos e professores, para promoção da saúde escolar. Esse dado foi observado no aumento para 84,2% dos professores que passaram a classificar esta atuação como preventiva;

2. o programa Integrando Fonoaudiologia e Escola, apesar de ter sido desenvolvido e aplicado entre professores

do Ensino Fundamental, deve ser aplicado entre professores da Educação infantil, como recurso permanente de formação continuada na área de Fonoaudiologia. Assim, poderão estimular as crianças, antes do aprendizado formal da leitura e escrita ou detectar alterações precocemente;

3. o *software* não deve ser aplicado isoladamente sem a assessoria de um fonoaudiólogo, visto que para o manuseio adequado, a discussão e melhor compreensão dos aspectos apresentados, o fonoaudiólogo é essencial. Esse material informatizado favorece uma reflexão sobre situações-problema de forma concreta e ilustrada, por meio dos personagens, facilitando a interatividade, a ludicidade e a facilitação do entendimento do professor sobre a Fonoaudiologia Educacional e a prevenção do D.L.E.;

4. o *software* Integrando Fonoaudiologia e Escola apresentou-se como um excelente instrumento para a formação continuada do professor, na opinião dos profissionais treinados;

5. o treinamento por meio do programa informatizado proporcionou estimulação e motivação para os professores, ante a estimulação multissensorial;

6. o treinamento facilitou a identificação de crianças com dificuldades de leitura e escrita pelos professores, favorecendo a realização de encaminhamentos, adequadamente; e

7. os professores, por via do treinamento, passaram a considerar mais importante o planejamento das atividades de estimulação de leitura e escrita junto com o fonoaudiólogo, com ou sem a utilização de *softwares* educacionais.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, I. O.; SERRUYA, S. J. A política de gestão de tecnologias: fortalecimento da regulação do Estado e da função gestora no sistema público de saúde. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. **Leitura de novas tecnologias**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 13-28.

BARBOSA, T. C. A fonoaudiologia na pré-escola municipal. In: LAGROTTA, M. G. M.; CÉSAR, C. P. H. A. R. (Org.). **A fonoaudiologia nas instituições**. São Paulo: Lovise, 1997. p. 133-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CARR, N. G. **Does it matter?:** information technology and the corrosion of competitive advantage. Harvard Business Press, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Uma lição a ser seguida. **J CFFa**, Brasília, v. 13, 17, p.13-17.2003.

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA – 1ª Região. **PROFOE** – Programa de profilaxia fonoaudiológica na educação. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Fonoaudiologia, 1998.

FOZ, F. B. A (re)-evolução tecnológica e o aprendizado da leitura e da escrita. **Fono Atual**, São Paulo, v. 5, n. 22, p. 5-7, 2002.

FREIRE, R. M. Fonoaudiologia em saúde pública. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 179-184, 1992.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 13-20, dez. 2012.

GOMES, C., et al. A influência de diversos contextos para a aprendizagem da leitura em escolares. In: LAGROTTA, M.G.M.; CÉSAR, C.P.H.A.R. (Org.). **A fonoaudiologia nas instituições**. São Paulo: Lovise, 1997. p. 124-32.

MARIN, C. R., et al. Promoção da saúde em fonoaudiologia: ações coletivas em equipamentos de saúde e de educação. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 35-41, 2003

MATHES, P. G.; DENTON, C. A. The prevention and identification of reading disability. **Semin. Pediatr. Neurol.**, Phoenix, n. 9, p. 185-191, 2002.

MATTOS, C., et al. Desordem do processamento auditivo central e suas implicações na ortografia. **Bol COE**, Brasília, n. 3, p. 57-68, 1998.

MICHAELIS, R.; NIEMAN, G.; SCHÖNING, M. Early indications for partial learning disorders - anamnestic and diagnostic strategies. **Gesundheitswesen**, Germany, v. 56, p. 534-536, 1994.

MONTEIRO, D. M.; RIBEIRO, V. M. B.; STRUCHINER, M. As tecnologias da informação e da comunicação nas práticas educativas: espaços de interação? Estudo de um fórum virtual. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 28, n. 101, dez. 2007.

NIETSCHKE, E. A., et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 344-352, jun. 2005.

OLIVEIRA, Q. C., et al. Sistema de informação da atenção básica – Situação de saúde de um município de Mato Grosso. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 9, n. 1, p.36-43, jan./mar. 2010.

SACALOSKI, M.; ALAVARSI, E.; GUERRA, G. R. Fonoaudiólogo e professor: uma parceria fundamental. In: SACALOSKI, M.;

ALAVARSI, E.; GUERRA, G. R. **Fonoaudiologia na escola**. São Paulo: Lovise, 2000. p.19-24.

SANTOS, M. T. M.; NAVAS, A. L. G. P. Aquisição e desenvolvimento da linguagem escrita. In: SANTOS, M.T.M.; NAVAS, A.L.G.P. **Distúrbios de leitura e escrita: teoria e prática**. São Paulo: Manole, 2002. p.1-26.

SILVA, R. C. da; FERREIRA M. de A. A tecnologia em saúde: uma perspectiva psicossociológica aplicada ao cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 169-173, jan./mar., 2009.

STAUDT, D. T. A interdisciplinaridade em atenção básica à saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 22, n.1, p.75-84, jan./jun. 2008.

TAROUCO, L. M. R.; FABRE, M. C. J. M.; TAMASIUNAS, F. R. Reusabilidade de objetos educacionais. In: **I Ciclo de Palestras Novas Tecnologias na Educação**, Rio Grande do Sul, 2003 Disponível em: URL: <[http://www.cinted.ufrgs.br/renote/fev2003/artigos/marie\\_reusabilidade.pdf](http://www.cinted.ufrgs.br/renote/fev2003/artigos/marie_reusabilidade.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2003.

ZORZI, L. J. Fonoaudiologia e educação: encontros, desencontros e a busca de uma atuação conjunta. In: ZORZI LJ. **Aprendizagem e distúrbios da linguagem escrita: questões clínicas e educacionais**. São Paulo: Artmed, 2003. p. 158-174.

# TECNOLOGIA EDUCATIVA EM SAÚDE NA COBERTURA VACINAL DE DISCENTES E DOCENTES EM UNIVERSIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO

Milena Silva Costa  
Girliani Silva de Sousa  
Eliane de Sousa Leite

## INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) estabelecido no Brasil, em 1973, pelo Ministério da Saúde, para coordenar a prática de imunização, tem como objetivo final de manutenção de adequado grau de proteção imunológica da população contra as doenças transmissíveis imunopreveníveis (CABRERA E MENEGE, 2011; GONÇALVES E MACHADO, 2008). Adicionalmente, o baixo custo das vacinas utilizadas e o pequeno número de recursos humanos necessário para desenvolver programas de vacinação são altamente compensadores, quando comparados aos elevados custos dos atendimentos médico-hospitalares para tratamento e reabilitação de doenças imunopreveníveis (TREVIZAN; COUTINHO, 2008).

Nesse sentido, os profissionais da saúde constituem grupo com risco aumentado para contrair e/ou transmitir doenças imunopreveníveis, pois estão sujeitos a várias formas de exposição às mais variadas doenças pela interação do trabalhador com pacientes portadores de agentes infecciosos e por mate-

riais contaminados com fluídos biológicos (SILVA, et al, 2011; CABRERA E MENEGE, 2011).

Torna-se imprescindível a adesão dos profissionais de saúde e futuros profissionais para a atualização do cartão vacinal, pois os tornam seguros e menos suscetíveis a fontes de infecção a outros profissionais, pacientes e materiais biológicos.

Com efeito, para a população citada acima, é disponibilizada pelo PNI imunização contra: hepatite B (risco de acidentes perfurocortantes), varicela, tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), febre amarela (município pertencente à área de risco para febre amarela), dupla adulto (tétano e difteria) e influenza sazonal (disponível anualmente para idosos e populações de risco) (BRASIL, 2012).

A realidade brasileira revela que, entre os futuros profissionais de saúde mais de 50% já tiveram algum acidente com material contaminado e destes, mais da metade não comunicou ao setor responsável sobre o acidente e, entre os que comunicaram, 29% não receberam orientações adequadas (OLIVEIRA, 2001). Estudo em Teresina com alunos da especialização em Saúde da Família revelou que eles não estão adequadamente imunizados, estando, conseqüentemente, suscetíveis a adquirir e transmitir doenças imunopreveníveis. Ademais, 58,1% dos profissionais de saúde não têm nenhuma informação sobre quais vacinas estão preconizadas pelo PNI para eles (ARAÚJO, PAZ E GRIEP, 2006).

Outro ponto que merece destaque é o fato de que poucos profissionais de saúde reconhecem os riscos à saúde a que estão expostos e não têm a consciência de que podem ser agentes transmissores de doenças e, por conseguinte, podem levar os

usuários à condição de exposição a doenças imunopreveníveis (ARAÚJO, PAZ E GRIEP, 2006). Além disso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) acentua que as coberturas vacinais específicas para este grupo estão muito aquém das mínimas necessárias ao controle das doenças evitáveis por imunizantes, constituindo em sério problema de saúde pública o inadequado estado vacinal dos profissionais da área de saúde.

Reflete-se a necessidade de ir além da simples orientação dos futuros e atuais profissionais sobre a importância da imunização. É preciso que existam campanhas educativas e implantação de programas com ações relacionadas a vacinação para atingir os alunos das áreas da saúde que começam cada vez mais cedo a inserção das atividades acadêmicas nos serviços de saúde.

Na Universidade de Campina Grande (UFCG), não há um programa específico de imunização de enfermagem para o corpo discente e para os funcionários que trabalham nesse serviço. Toda instituição e unidade de saúde devem assegurar que os trabalhadores sejam imunizados e informados das vantagens, assim como dos riscos a que estarão expostos por falta ou recusa em se imunizar (CABRERA E MENEGE, 2011).

Mostra-se, portanto, relevante o desenvolvimento de ações educativas dentro do ambiente da instituição de ensino superior (IES) para ensinar a adesão das pessoas às vacinas e para sensibilizá-las da importância de estarem imunizadas para a prevenção de doenças imunopreveníveis. Essa visão fez emergir esse projeto de extensão intitulado “Saúde Ocupacional: a imunização como uma prática preventiva”, com o objetivo de possibilitar à população atendida a atualização do esquema vacinal e uma maior compreensão sobre os benefícios das vacinas

para a saúde individual e coletiva. Objetiva-se analisar as ações educativas voltadas para a imunização de servidores, docentes, discentes, prestadores de serviços e comunidade externa.

## **METODOLOGIA**

Reporta-se de um projeto de extensão universitária da UFCG/CFP efetivado nas dependências do próprio CFP, por este ser o local onde se concentram os servidores técnico-administrativos, prestadores de serviços, professores e alunos dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina, Geografia, História, Ciências Biológicas, Letras e Pedagogia, Matemática, Biologia, Química, Física, Técnico em Enfermagem, Técnico em Saúde Bucal, PRONATEC e que recebe visitantes.

O público-alvo das ações de vacinação no CFP foram os docentes, discentes matriculados no ano de 2013 nos cursos de graduação desse Centro, os servidores técnico-administrativos, prestadores de serviço envolvidos com tais cursos e comunidade externa.

Os objetivos propostos foram executados pela coordenadora do Projeto, que é docente da disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva da UAENF/CFP/UFCG; por uma servidora técnico-administrativa dessa mesma Unidade Acadêmica e por quatro acadêmicos de enfermagem (uma bolsista e três voluntários), que já tinham cursado a disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva II e foram selecionadas no Programa de Bolsa de Extensão (PROBEX) da UFCG no ano vigente.

Essa equipe contou com a parceria da coordenação do Setor de Imunização da Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras-PB e com uma equipe de ESF que disponibilizaram as

doses equivalentes e os insumos necessários para a realização das ações desenvolvidas no período de 17 de junho a Dezembro de 2013.

As atividades do PROBEX iniciaram com reuniões para apresentação da equipe de trabalho (coordenadora, colaboradora, bolsista e voluntários) e planejamento das ações a serem realizadas. Na primeira reunião, foram definidas as atividades de vacinação para a VI Jornada de Enfermagem- CFP/UFCG, realizada do período de 15 a 17 de julho de 2013. Nos encontros subsequentes, ficaram definidas outras datas para execução do projeto, avaliação e resultados das ações anteriores.

Houve convites para atualização do calendário vacinal mediante visita da equipe desse projeto nas salas de aula e nos setores do CFP. As práticas de vacinação foram concretizadas no Laboratório de Habilidades da Central de Aula e Laboratórios do CFP/UFCG. Houve triagem dos adultos que necessitavam-se atualizar ou iniciar o esquema de vacinação. Em seguida, estes receberam orientações das profissionais e dos acadêmicos envolvidos. Procedeu-se com preenchimento no cartão de vacinação, as informações sobre dose, lote, data, validade, assinatura e aprazamento das doses subsequentes; para seguir com a administração da(s) mesma(s) (dT, contra hepatite B, tríplice viral e febre amarela). Houve ainda o registro em mapas específicos do PNI ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde.

As datas das atividades de vacinação eram sempre anteriormente divulgadas por meio de impressos, meio eletrônico e mediante o convite nas salas de aula. Ter um local fixo facilitou o acesso, a procura e a credibilidade para que o público-alvo se

interessasse a tomar as vacinas e retornasse para completar os esquemas. Dessa forma, as ações de vacinação no CFP resultaram na participação de 473 pessoas, que receberam no total 915 doses.

Nessa perspectiva, o trabalho educativo em grupos consiste numa valiosa opção para se buscar a Promoção da Saúde que permite o aprofundamento de discussões e a ampliação de conhecimentos, de modo que as pessoas superem suas dificuldades e obtenham maior autonomia, melhores condições de saúde e qualidade de vida (SILVA, 2003). Com efeito, as tecnologias educativas em saúde (TESs) são ferramentas importantes para o desempenho do trabalho educativo e do processo de cuidar. A TES integra o grupo das tecnologias leves, denominadas tecnologia de relações, como acolhimento, vínculo, automação, responsabilização e gestão como forma de governar processos de trabalho (MERHY, 2002).

A utilização dessas tecnologias privilegia a existência de um objeto de trabalho dinâmico, em contínuo movimento, não mais estático, passivo ou reduzido a um corpo físico. Esse objeto exige dos participantes envolvidos com o desenvolvimento da ação educativa uma capacidade de agir, refletir e pensar diferenciada para poder despertar a atenção das pessoas, utilizando-se de elementos dinâmicos para sensibilizá-las quanto à importância da imunização e para estimular sua adesão às vacinas.

Os dados foram armazenados e tabulados pelo programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0, para apresentação dos dados em frequência absoluta e relativa, média, mediana e desvio-padrão.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecer a cobertura vacinal de adultos é um fator importante, pois, mediante os resultados, torna-se possível direcionar ações, revisar as estratégias e acelerar as atividades para cobrir essa população-alvo de forma homogênea, evitando acúmulo de suscetíveis que possam comprometer o controle epidemiológico; e ao mesmo tempo fornecer oportunidade para investigação acerca da concretização de políticas públicas (ALEXANDRE; DAVID, 2011).

As ações educativas tiveram início em um evento de Enfermagem, o qual reunia um número significativo de alunos. A divulgação ocorreu com distribuição de panfletos e palestras, momento em que eram explicados o projeto e o objetivo da ação; a importância da imunização; as vacinas que estariam disponíveis à população, bem como os horários e o local de aplicação das vacinas.

Ao chegar ao laboratório para se vacinar, as pessoas eram orientadas com relação: aos imunobiológicos; indicações; reações adversas; proteção contra as doenças imunopreveníveis; e atualização do cartão vacinal de acordo com as recomendações do PNI. A Educação em Saúde acontecia com grupos pequenos; desenvolveu-se a técnica de sala de espera com imunização agendada, palestras interativas com problematização sobre temas referentes à imunização. Todas as vacinas foram devidamente registradas em livro e disponibilizadas para a Secretária de Saúde do estado.

Na tabela 01, está a quantidade de pessoas que se vacinaram por distribuição da categoria profissional.

**Tabela 1:** Distribuição de pessoas vacinadas segundo categoria profissional.

<b>Categorias Profissionais</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Enfermagem	132	27,9
PRONATEC	66	13,95
Pedagogia	58	12,26
Tec. Enfermagem	37	7,82
Geografia	33	6,98
Ciências Biológicas	27	5,71
História	20	4,23
Letras	20	4,23
Servidores	18	3,81
Visitantes	18	3,81
Professores	16	3,38
Medicina	09	1,9
Matemática	07	1,48
Física	06	1,27
Química	05	1,06
Tec. Saúde Bucal	01	0,21
<b>Total</b>	<b>473</b>	<b>100</b>

Fonte: Pesquisa direta, 2013.

Conforme a Tabela 1, 132 (27,9%) pessoas eram acadêmicos de Enfermagem, 66 (13,95%) estudantes do PRONATEC, 58 (12,26%) de Pedagogia, 37 (7,82%) eram alunos do Técnico de Enfermagem, 33 (6,98%) do curso de Geografia, 27 (5,71%) de Ciências Biológicas, 20 (4,23%) de História, 20 (4,23%) de Letras, 18 (3,81%) eram servidores, 18 (3,81%) eram visitantes, 16 (3,38%) eram professores, 09 (1,9%) acadêmicos de Medicina, 07 (1,48%) de Matemática, 06 (1,27%) era do curso de Física, 05 (1,06%) eram de Química e um (0,21%) era aluno do Técnico em Saúde Bucal. Todas essas pessoas receberam vacinas e orientações e seus indicadores foram registrados no banco de dados elaborado pela equipe do projeto.

Araújo, Paz e Griep (2006) concluem em seu estudo sobre cobertura vacinal em especializando do curso de Saúde da Família que os alunos, profissionais da área da saúde, não estavam adequadamente imunizados, conseqüentemente, estavam suscetíveis a adquirir e transmitir doenças imunopreveníveis. Adicionalmente, um dado preocupante destacado pelo estudo diz respeito ao desconhecimento das vacinas que são preconizadas pelo PNI para os profissionais de saúde, dos quais a falta de informação (90,9%) é maior entre os cirurgiões-dentistas. Os autores recomendam campanhas educativas regulares direcionadas a esses profissionais, em que haja um envolvimento maior deles com relação às ações relacionadas com a vacinação.

Ante o resultado, evidenciou-se que os acadêmicos de Enfermagem 132 (27,9%) estão buscando maior proteção contra as doenças imunopreveníveis, visto que estes são da área da saúde e que compreendem de forma científica a importância da vacinação para o autocuidado. A quantidade de alunos de áreas diversas, contudo, é algo positivo e pode estar associada a melhor divulgação do projeto, a ação continuada em Educação em Saúde, bem como ao reconhecimento da importância desta ação preventiva. Nesse ensejo, conseguiu-se criar um ambiente favorável à saúde ao romper com a visão assistencialista e mecanicista do cuidado e caminhar no sentido da ação educativa como forma de estabelecer uma comunicação efetiva que possa contribuir para o entendimento dos futuros profissionais da saúde sobre as vacinas, potencialidades e capacidades de mudanças de atitude para prevenir as doenças imunopreveníveis. Ainda nessa perspectiva, a contribuição da assistência educativa teve como forma transformar o espaço de vacinação como apenas um local de realização da vacina em

um ambiente onde foram produzidos esforços em um processo comunicativo e humanizado, melhorando o impacto dessa ação na saúde dos futuros profissionais.

A Educação em Saúde garante à pessoa e à comunidade a possibilidade de decidir sobre os próprios destinos, e a capacitação destes sujeitos para atuarem na melhoria do seu nível de saúde (MERHY, 2002). Para que as ações de saúde no sentido da imunização contribuam no processo de cuidado das pessoas, é necessário que haja viabilização do acesso e inserção das pessoas nas atividades desenvolvidas no serviço de saúde na atenção básica.

Em contraposição, Cabrera e Merege (2011) destacam que a procura dos discentes dos cursos de enfermagem e Medicina pela sala de vacinas é pequena e normalmente ocorre por alunos que irão iniciar o estágio prático em Saúde Coletiva, não havendo uma rotina própria no curso de Enfermagem para os discentes. Os autores frisam que é importante aderir à realização de vacinação dos profissionais, pois há a suscetibilidade dos alunos às doenças infecciosas imunopreveníveis desde o início dos cursos de saúde e as atividades que envolvem diretamente o paciente aumentam o risco de infecção para ambos, tornando uma situação que demanda ações promotoras de saúde.

As ações educativas em forma de palestras e grupos operativos permitem o fornecimento de informações técnicas sobre cada vacina, suas possíveis reações adversas/notificação e as condutas a serem adotadas pela Epidemiologia e Vigilância em Saúde; promoveram a Educação em Saúde com orientações específicas e propiciaram a formação de multiplicadores. Tais

ações conferem às pessoas conhecimentos sobre as reações em seu organismo, e asseguraram o seu retorno, permitindo o fechamento das doses subsequentes, com finalização do esquema vacinal, tornando a pessoa imune (SANTOS, *et al*, 2011).

Infere-se que a adesão relativa à ação imunizadora teve respostas pontuais, principalmente quando seguidas de ações de Educação e Promoção da Saúde para o cuidado humanizado, cabendo ressaltar que, além de discentes, houve a imunização de trabalhadores do serviço público e da comunidade.

Essa ação educativa sustenta-se nos princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde, com a concretização de ações de Promoção da Saúde, voltadas para o fortalecimento das capacidades das pessoas, para a criação de ambientes saudáveis e promotores de saúde, voltados para a qualidade de vida, pactuada no respeito ao indivíduo e tendo como foco o estabelecimento de uma nova cultura de saúde (BRASIL, 2006).

Outro aspecto positivo a ser destacado diz respeito à criação de parcerias com a Secretaria de Saúde, pois para que as intervenções em saúde sejam ampliadas, é necessária a criação de mecanismos de mobilização e participação com grupos sociais, pois as atuações isoladas não são suficientes para lidar com a complexidade das questões de saúde-doença-cuidado (BUSS, 2003).

As tabelas a seguir, quantificam as doses recebidas pelos discentes, docentes e servidores e visitantes.

**Tabela 2:** Cobertura da vacina antitetânica (dT) nas diversas categorias profissionais.

Doses Categorias	Vacina dT							
	1 <sup>a</sup>		2 <sup>a</sup>		3 <sup>a</sup>		Reforço	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Enfermagem	25	7	22	6,16	19	5,32	18	5,04
PRONATEC	40	11,2	8	2,24	3	0,84	5	1,4
Pedagogia	19	5,32	7	1,96	5	1,4	16	4,48
Tec. Enfermagem	15	4,2	9	2,52	-	-	8	2,24
Geografia	16	4,48	10	2,8	2	0,56	7	1,96
Ciências Biológicas	15	4,2	5	1,4	-	-	3	0,84
História	8	2,24	1	0,28	1	0,28	2	0,56
Letras	5	1,4	8	2,24	-	-	2	0,56
Servidores	4	1,12	5	1,4	1	0,28	1	0,28
Visitantes	6	1,68	-	-	-	-	3	0,84
Professores	2	0,56	6	1,68	-	-	4	1,12
Medicina	1	0,28	2	0,56	2	0,56	1	0,28
Matemática	4	1,12	1	0,28	-	-	1	0,28
Física	3	0,84	-	-	-	-	1	0,28
Química	1	0,28	-	-	-	-	3	0,84
Tec. Saúde Bucal	1	0,28	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>46,2</b>	<b>84</b>	<b>23,52</b>	<b>33</b>	<b>9,24</b>	<b>75</b>	<b>20,16</b>
<b>Total geral</b>	<b>357 (100%)</b>							

Fonte: Pesquisa direta, 2013.

Segundo a Tabela 2, foram administradas 357 doses de vacina antitetânica (dT), dentre essas 165 (46,2%) representaram a primeira dose, assim iniciando o esquema vacinal; 19 (23,75%) (2<sup>a</sup> dose: 12 (15%) e 3<sup>a</sup> dose: 7 (8,75%) representaram a continuidade do esquema vacinal iniciado em outras campanhas ou instituições; e 22 (27,5%) referindo-se ao reforço. Destacaram-se os acadêmicos de Enfermagem em todas as doses; os alunos do PRONATEC e Geografia na primeira dose; na segunda dose não apresentaram diferenças significativas, demonstrando equivalência entre a continuidade do esquema; na terceira dose, houve redução na quantidade de doses administradas; no reforço Pedagogia apresentou 16 (4,48%) doses.

Os resultados evidenciaram que houve captação de adultos para receberem o início do esquema vacinal contra o tétano e difteria 165 (46,2%); e o seguimento das demais doses por parte de outros participantes, o que torna relevante para a proteção dessas pessoas contra tais doenças. Ficou expressiva, também, a realização do reforço em 75 (20,16%), o que representa a conscientização da importância da vacinação para esses participantes.

**Tabela 3:** Cobertura da vacina tríplice viral nas diversas categorias profissionais.

Doses Categorias	Vacina Tríplice viral	
	Dose única	
	nº	%
Enfermagem	23	23
Pedagogia	19	19
PRONATEC	11	11
Tec. Enfermagem	10	10
Geografia	5	5
Ciências Biológicas	5	5
História	6	6
Letras	5	5
Servidores	4	4
Visitantes	4	4
Professores	3	3
Medicina	1	1
Matemática	1	1
Física	-	-
Química	2	2
Tec. Saúde Bucal	1	1
<b>Total</b>	<b>100 (100%)</b>	

Fonte: Pesquisa direta, 2013.

A vacina tríplice viral foi administrada em 100 pessoas, destacando-se 23 (23%) acadêmicos de Enfermagem e 19 (19%) estudantes de Pedagogia. A baixa procura decorre da preferência em iniciar o esquema vacinal da antitetânica e con-

tra hepatite B, ou por imunização anterior, já que essa vacina é recomendada em apenas uma dose na fase adulta. A tríplice viral é administrada em dose única, porque os três componentes desta vacina são altamente imunogênicos e eficazes, dando imunidade duradoura por praticamente toda a vida. A proteção inicia-se cerca de duas semanas após a vacinação e a soroconversão é em torno de 95% (BRASIL, 2012).

**Tabela 4:** Cobertura da vacina contra hepatite B nas distintas categorias profissionais.

Doses Categorias	Vacina Hepatite B					
	1 <sup>a</sup>		2 <sup>a</sup>		3 <sup>a</sup>	
	nº	%	nº	%	nº	%
Enfermagem	42	11,08	29	7,65	17	4,49
PRONATEC	44	11,61	10	2,64	3	0,79
Pedagogia	36	9,5	7	1,85	3	0,79
Tec. Enfermagem	23	6,06	11	2,9	2	0,53
Geografia	22	5,8	11	2,9	3	0,79
Ciências Biológicas	14	3,7	3	0,79	-	-
História	14	3,7	3	0,79	-	-
Letras	9	2,37	4	1,06	3	0,79
Servidores	11	2,9	7	1,85	3	0,79
Visitantes	10	2,64	1	0,26	-	-
Professores	7	1,85	6	1,58	1	0,26
Medicina	3	0,79	1	0,26	2	0,53
Matemática	5	1,32	1	0,26	-	-
Física	3	0,79	1	0,26	-	-
Química	2	0,53	1	0,26	-	-
Tec. Saúde Bucal	1	0,26	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>246</b>	<b>64,9</b>	<b>96</b>	<b>25,31</b>	<b>37</b>	<b>9,76</b>
<b>Total geral</b>	<b>379 (100%)</b>					

Fonte: Pesquisa direta, 2013.

A Tabela 4 traz a cobertura da vacina contra hepatite B nas variadas categorias profissionais. Dessa forma, 379 pessoas receberam uma dose dessa vacina, dentre as quais 246 (64,9%) iniciaram o esquema vacinal, 96 (25,31%) continuaram com esquemas iniciados anteriormente e 37 (9,76%) concluíram

seus esquemas. Destacaram-se o PRONATEC 44 (11,61%) iniciando o esquema, e este fato pode estar relacionado à nova percepção em relação à importância da vacinação, adquirida nos espaços do CFP; nas doses subsequentes, a Enfermagem se sobressaiu com 29 (7,65%) e 17 (4,49%) respectivamente.

Ao comparar com as demais tabelas, percebeu-se que essa vacina foi a mais escolhida ou a mais necessária pelos participantes, tal se justificando pelos seguintes motivos: esquema completo da dT ou da tríplice viral; medo de adquirir a doença em acidentes ocupacionais; receio relatado por eles quanto à reação local possivelmente causada pelo imunobiológico da dT; e dúvidas sobre os esquemas anteriores de outras vacinas.

A vacinação contra a hepatite B é a maneira mais eficaz na prevenção de infecção aguda ou crônica, e também na eliminação da transmissão do vírus em todas as faixas etárias. A administração das doses da vacina é objetivo de todos os esquemas de imunização, mais níveis protetores de anticorpos se desenvolvem após uma dose da vacina em 30% a 50% de adultos saudáveis, e em 75% após duas doses (FERREIRA; SILVEIRA, 2004).

Apesar da importância da continuidade e fechamento do esquema com as três doses para alcançar maior eficácia de proteção, observa-se que, neste projeto, a maior procura foi para iniciação de esquema vacinal. As pessoas que já haviam iniciado o esquema atribuíram a falta de conhecimento quanto ao período de retorno às unidades básicas e displicência na observação do cartão vacinal.

**Tabela 5:** Cobertura da vacina contra febre amarela nas diferentes categorias profissionais.

Doses Categorias	Vacina Febre Amarela	
	Dose única	
	nº	%
Enfermagem	52	65,83
PRONATEC	-	-
Pedagogia	9	11,39
Tec. Enfermagem	2	2,53
Geografia	1	1,27
Ciências Biológicas	2	2,53
História	2	2,53
Letras	1	1,27
Servidores	1	1,27
Visitantes	4	5,03
Professores	2	2,53
Medicina	2	2,53
Matemática	-	-
Física	1	1,27
Química	-	-
Tec. Saúde Bucal	-	-
<b>Total</b>	<b>79 (100%)</b>	

Fonte: Pesquisa direta, 2013.

Ademais, percebe-se que, em sua maioria, os adultos da referida instituição, envolvidos no projeto, não tinham iniciado seus esquemas vacinais, contrariando a Portaria 597/2004 do Ministério da Saúde, que estabelece como exigência, para a contratação de funcionários e o recebimento de benefícios, a comprovação do cumprimento do calendário vacinal.

Conclui-se que as vacinas mais administradas foram dT e Hep. B, corroborando os estudos de Araújo, Paz e Griep (2006); Silva et al (2011); Cabrera e Mereg (2011). Isso ocorre, pois a imunização é uma ação que precede os exames ocupacionais, sendo uma intervenção específica para os fatores de risco biológico imunopreveníveis, sendo exigida a vacinação da

dT e Hep. B. A legislação brasileira e as câmaras técnicas das associações dos profissionais que compõem os SESMT definem que a imunização é uma atividade de prevenção e Promoção da Saúde dos trabalhadores.

A ação educativa com a imunização promoveu-se de forma eficaz e eficiente na atualização do cartão vacinal, na prevenção das doenças imunopreveníveis e no cuidado humanizado, em que foi valorizado o diálogo. Por meio de conversas, foi possível tirar as dúvidas dos participantes, criando credibilidade da ação desenvolvida e instituindo um ambiente promotor de saúde aos participantes.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A ação educativa na imunização tornou-se efetiva por desdobrar a atualização do cartão vacinal em um espaço que possibilitou a capacitação das pessoas, por meio do diálogo e das discussões em grupo. As pessoas puderam ser ouvidas e valorizadas quanto as suas principais dúvidas. Isso, possivelmente, possibilitará que elas tenham consciência da responsabilidade em manter o cartão vacinal atualizado para proteção de doenças imunopreveníveis e evitar a transmissão de doenças.

A participação efetiva e a parceria com a Secretaria de Saúde concretizou essa ação ocorrida além dos muros dos serviços de saúde e alcançou um espaço educacional, ambiente favorável ao desenvolvimento humano, e é expressa como parceira importante para o setor saúde e comunidade, no sentido de reforçar as condições necessárias para a Promoção da Saúde.

Destaca-se como limitação do estudo a impossibilidade de medir o conhecimento prévio dos participantes quanto à imunização, necessitando de estudos que aprofundem esse ponto.

Na perspectiva da Promoção da Saúde, compreende-se que este estudo possa contribuir para a reflexão dos gestores e docentes das universidades e dos serviços de saúde, com vista a ampliar e subsidiar essas ações educativas em outros espaços promotores de saúde, para que esse tipo de assistência seja uma ação equânime, resolutiva, de qualidade e humanizada.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, T.M.E; PAZ, E.P.A; GRIEP, R.H. Cobertura vacinal dos profissionais de um curso de especialização em Saúde da Família do Piauí. **Esc. Anna Nery [online]**. vol.10, n.1, pp. 95-100, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde. **Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações**. Brasília, DATASUS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS; 2006.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA D, FREITAS CM, organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

CABRERA, E.M.S; MEREGE, C.E.S. Inquérito vacinal de alunos da graduação em medicina e enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (SP, Brasil) nos anos de 2006 e 2007 e suas possíveis implicações na atuação discente. **Ciênc. saúde coletiva** vol.16, n.2, pp. 547-552, 2011.

FERREIRA, C.T.; SILVEIRA, T.R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.7, n.4, p.473-487, 2004.

GONÇALVES, S.M.L.; MACHADO, M.F.A.S. Opinião de um grupo de cuidadores sobre a imunização básica. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 45-51, jan./mar.2008.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.

OLIVEIRA, S.M.V.L. Exposição ocupacional a sangue e/ou fluidos orgânicos no Hospital da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. **Rev Soc Bras Med Trop**, v.34, n.1, p. 418-22, 2001.

SANTOS, P.R. et al. Enfermagem e atenção à saúde do trabalhador: a experiência da ação de imunização na Fiocruz/Manguinhos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, Feb. 2011.

SILVA, F.J.C.P; SANTOS, P.S.F; REIS, F.P; LIMA, S.O. Estado vacinal e conhecimento dos profissionais de saúde sobre hepatite B em um hospital público do nordeste brasileiro. **Rev. bras. saúde ocup.** vol.36, n.124 [cited 2014-06-03],pp. 258-264, 2011.

SILVA, D.G.V. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. **Texto Contexto Enferm.** v. 12, n. 1, p. 97-103, 2003.

TREVIZAN, S.; COUTINHO, S.E.D. Perfil Epidemiológico da Coqueluche no Rio Grande do Sul, Brasil: estudo da correlação entre incidência e cobertura vacinal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.1, jan., 2008.

# PROMOÇÃO NUTRICIONAL DA SAÚDE EM ESCOLARES

Mirna Albuquerque Frota  
Vanessa Gomes Silveira  
Carlos Antônio Bruno da Silva  
Marina Frota Lopes  
Maria Vieira de Lima Saintrain  
Fátima Luna Pinheiro Landim

## 1. ALGUMAS REFLEXÕES ACERCA DA NUTRIÇÃO INFANTIL

Os mais incisivos apontamentos na saúde não se referem apenas aos indícios biomédicos ou biológicos, mas, sobretudo, evidenciam a relação da saúde e o modo de viver das pessoas. Dentre esses hábitos de vida, ressalta-se a prática alimentar como alternativa para promover saúde. Assim, atingir uma nutrição ideal para a maioria das crianças deve ser componente da estratégia global para garantir a segurança alimentar de uma população.

A alimentação é componente da monitoração do crescimento e desenvolvimento da criança. Nesta visão, a perspectiva da educação alimentar e nutricional infantil visam a promover hábitos alimentares mais saudáveis por meio de ações de intervenção, o que se constitui como estratégia preconizada pelas políticas públicas, considerada um instrumento para se promover saúde (BRASIL, 2012).

O cumprimento dessas ações, aliado a uma investigação nutricional no âmbito escolar durante a infância, contribui com a saúde do adulto, sobretudo no desenvolvimento de doenças crônicas preveníveis (MARTINS *et al.*, 2008). O envolvimento da família/escola no cotidiano da criança é imprescindível, pois funciona como base para o desenvolvimento da sua personalidade, e avaliando quais os métodos empregados no contexto da educação.

O ambiente escolar é um espaço para a consolidação de práticas alimentares saudáveis em crianças, onde atividades voltadas à Educação em Saúde podem representar repercussão durante toda a vida. É considerado excelente para a realização de ações voltadas à Promoção de Saúde, de desenvolvimento contínuo e por longo período, permitindo a inclusão e participação familiar nesse processo (JAIME; LOCK, 2009).

Na promoção da nutrição infantil, a escola denota um ambiente privilegiado para se promover condições de vida saudável, buscando, com a realização das atividades educativas com os escolares, a expansão de seus conhecimentos acerca de uma alimentação ideal desde o contexto familiar, comunitário e social, influenciando na redução da taxa de morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida.

No Brasil, a pesquisa de Orçamento Familiar 2008/09 aponta que a prevalência da obesidade infantil aumentou de forma acelerada, e mostra redução da desnutrição, embora ainda sejam identificados alguns casos, caracterizando um processo de transição nutricional. Portanto, esse crescente aumento é influenciado por modificações no estilo de vida das pessoas. Essas mudanças envolvem hábitos alimentares inadequados (BRASIL, 2010).

A adoção de comportamentos como estilo de vida sedentário e alimentação não saudável é fator que diretamente concorre para o desencadeamento de muitas doenças nutricionais. A obesidade é referida por Pinto e Bosi (2010) como patologia que avança no mundo contemporâneo. Evidencia-se, pois, a motivação no reconhecimento da relevância da obesidade para as políticas de saúde pública.

Os pressupostos da Promoção da Saúde indicam um caminho para a melhoria da atuação, repensando o seu lugar como profissional da área da saúde e reintegrando as práticas alimentares ao conjunto de experiências, saberes e intervenções voltadas ao atendimento das necessidades sociais das pessoas e grupos sociais (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

No seguimento dessa ideia, o profissional de saúde deve aprimorar suas habilidades técnicas para garantir a prevenção ou mesmo a redução dos prejuízos e complicações que uma alimentação inadequada pode resultar na saúde infantil. A Educação em Saúde nutricional, como parte da Educação em Saúde, é a principal estratégia para esse fim. Assim, este estudo teve como objetivo identificar a percepção dos responsáveis perante a alimentação do escolar.

## **2. APRESENTAÇÃO DO MÉTODO PROPOSTO**

O estudo é do tipo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, pois se caracteriza, frequentemente, como aquele que procura determinar opiniões ou projeções das respostas obtidas da investigação, concentrando-se na subjetividade dos sujeitos sem deter-se na quantidade da amostra (MINAYO, 2010).

O cenário da pesquisa foi a Escola Municipal de Ensino Infantil e Fundamental Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, localizada no bairro Carlito Pamplona, em Fortaleza/CE, caracterizada por ser uma escola pública que trabalha pela qualidade educacional e o respeito ao aluno. Os dirigentes da escola foram esclarecidos e apresentados à metodologia.

A técnica de coleta utilizada foi o Grupo Focal, que representa caráter subjetivo de investigação, sendo utilizado como estratégia metodológica qualitativa, por se caracterizar na busca de respostas acerca do que as pessoas pensam. Tem a definição focada na interação dos participantes com o pesquisador, com base na discussão de tópicos específicos e diretivos (RESSEL, 2008).

Participaram dos grupos focais 53 pais de crianças matriculadas na referida escola. O convite foi enviado pela criança, no qual foi evidenciado o benefício da contribuição do estudo. O anonimato dos participantes foi preservado, sendo identificados por letras no estudo. Nos encontros, foram relatadas a importância da autonomia dos participantes e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após explanação, foi evidenciado o que é Grupo Focal com seu objetivo. Todos os participantes permitiram que as falas fossem gravadas, com duração média de 60 minutos.

Inicialmente houve dinâmicas de apresentação para promover interação dos participantes com a consequente elaboração das perguntas a cerca da temática alimentação saudável do escolar e hábito alimentar do escolar, a qual teve como perguntas-chave: Para vocês, como deve ser uma alimentação saudável? Como é a alimentação do seu filho(a)?

A análise qualitativa foi realizada de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo, baseando-se em três etapas: Pré-análise, Exploração do material, Codificação e Tratamento dos resultados obtidos e a Interpretação (BARDIN, 2008). Dessa forma, houve a escolha dos documentos analisados, a retomada dos objetivos da pesquisa e do problema, que possibilitou os indicativos das interpretações. Em seguida, elaborou-se a categoria.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos – COÉTICA – da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, assim como ao Núcleo de Pesquisa (NU-PESQ). Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução nº 466/2012.

### 3. RESULTADOS

O Grupo Focal teve a finalidade de coletar informações acerca do tema, com enfoque na saúde infantil, destacando como eixo a alimentação do escolar. Foram encontradas nos relatos evidências do fenômeno estudado, respeitando sua singularidade e estilo próprio. Essas informações foram organizadas, analisadas e consolidadas após leitura. O agrupamento dos dados foi realizado mediante as falas e observações. Os trechos foram destacados e aglomerados de acordo com a similaridade, emergindo as categorias: **Percepção dos pais no que concerne à alimentação do escolar e preferência alimentar do escolar.**

*PERCEPÇÃO DOS PAIS NO QUE CONCERNE À ALIMENTAÇÃO DO ESCOLAR*

O conhecimento observado pelos pais ou responsáveis sobre alimentação saudável reflete na variedade de frutas e verduras, horário adequado para refeição, com redução de alimentos gordurosos. É interessante aprofundar, porém, a temática no que se refere à qualidade e quantidade da alimentação.

*Eu acho que a alimentação certa, saudável é aquela que a criança acorda cedinho, tem as refeições, café da manhã, almoço, lanche e jantar nos horários certos. É suco, é leite, é vitamina, é almoço que não tem haver com xilito. Faço assim com os meus filhos, é por isso que eles estão sempre com muita disposição, sempre faz bem à criança pro crescimento, pra inteligência, pro sono, pra tudo (M2).*

*É com verduras, frutas, carne, peixe que é saudável e suco, principalmente, pelo tempo que a gente no Nordeste, tomar líquido, vitamina, não tanto refrigerante porque afeta o organismo da criança, gastrite, outras coisas (P1).*

No início do Grupo Focal, uma das mães adentrou a sala com a criança e um copo de batata frita contendo condimentos industrializados. Essa intencionalidade, segundo Merleau-Ponty (1971), é o modo de ser da consciência, uma vez que sempre permanece expresso em ato e dirigido para um determinado objeto, no caso o alimento. Em outras palavras, qualquer pessoa tem visão constante do mundo, seja por meio de ações voluntárias ou nas relações com o mundo antes de atitudes categoriais.

Dessa forma, o modo de ser da atitude dos pais requer reflexão perante o benefício e o malefício de uma alimentação inadequada, devendo ser atentos à preferência da prati-

cidade. Alguns sujeitos referem que a gordura não é saudável para criança; entretanto, na prática, as crianças têm hábito de comer frituras e comidas com excesso de óleo. *“Comida com muito óleo, eu não aceito, eu acho faz mal até pra nós que somos adultos, imagine para uma criança.”* (M24).

Refere-se que os pais detêm informações de que a alimentação é significativa para a saúde infantil. Parte deles reconhece a relevância da exclusão de gorduras e inclusão de frutas e verduras, contudo não garante este consumo na criança, estimulando uma alimentação mais prática, sem considerar o valor nutricional, denotando a consciência ante uma inadequação alimentar.

A reflexão dos pais deve ser enriquecida com o real valor da alimentação, do seu papel como modelo na alimentação da criança, buscando adotar um conceito de hábito saudável, que acompanhe a intensidade e abrangência do conceito de saúde.

*... ele quer puxar o papai, eu não almoço, não janto, é difícil, eu sei que é importante, mas infelizmente não fazemos isso. A gente só se alimenta de besteira, ele só gosta de pão, bolo e salgado, por isso que sou magro, só a carcaça* (P2).

Considerando que a adoção de hábitos alimentares saudáveis deve ocorrer desde a infância, compreender as percepções das crianças sobre uma alimentação saudável é fundamental para o delineamento adequado da participação dos pais como educadores nutricionais. O comportamento alimentar infantil recebe influência da família e de interações psicossociais e culturais (GELLAR; SCHRADER; NANSEL, 2007).

Em destaque, a mãe tem papel fundamental na transmissão de padrões alimentares da criança. A baixa escolaridade materna aumenta a probabilidade de a criança não consumir uma alimentação de boa qualidade, seja pela falta de acesso a alimentos saudáveis e informações adequadas, seja pela menor capacidade de discernir o que é saudável, refletindo não só no acesso a alimentos mais saudáveis, os quais têm custo mais elevado no Brasil (MOLINA, 2010). “*Eu tenho preguiça de fazer suco, não vou mentir, tem as caixinhas de suco aí eu dou ou então refrigerante.*” (M5); “*Eu coloco quisuque dentro da vitamina... eu coloco leite condensado aí boto no congelador fica parecendo mousse.*” (M18).

Diez Garcia (2003) acentua que as pessoas reequacionam os hábitos segundo as condições do meio, principalmente, como tempo e recursos financeiros. Este hábito contemporâneo caracteriza-se por: escassez de tempo para o preparo da alimentação, pela presença de produtos gerados com novas técnicas de conservação e refeições deslocadas de casa para estabelecimentos de comercialização de alimentos. As soluções são capitalizadas pela indústria e comércio, amostrando opções alternativas para o modo de comer, o que modifica o consumo alimentar.

Efetivamente, o financeiro restringe o consumo alimentar, a redução de preço de frutas, legumes e verduras poderia aumentar a participação desses na alimentação das pessoas, pois se observa que muitos dos produtos industrializados possuem preço mais acessível do que os *in natura*, além de ser mais prático o preparo. Ressalta-se, ainda, ao contributo da promoção nutricional de forma concomitante com a redução de preço, para que seja incorporado esse hábito de forma eficaz na alimentação.

Com o reduzido consumo de frutas e verduras, as recomendações nutricionais de micronutrientes para as crianças tornam-se inadequadas, o que consiste no desconhecimento dos pais sobre os prejuízos da ausência de vitaminas e minerais na alimentação do escolar, pois não há interferência de forma imediata no físico.

*Ela é bem magrinha o pessoal pensa que eu não cuido direito, porque ela não come, uma vez eu machuquei uma banana com leite, ela vomitou todinha como se tivesse doente, passando mal, ela não consegue comer (M23).*

Assim, observou-se que, pelo fato de a maioria das crianças apresentarem peso adequado e sem problemas aparentes na saúde, não há intervenção de forma significativa na alimentação, o que difere em ocasiões de intercorrências. Outro fator é o financeiro, limitante relativamente à educação e ao nível de escolaridade dos responsáveis, interferindo na escolha de alimentos adequados para as crianças.

A educação nutricional deve valorizar a cultura e a tradição, evitando referências à alimentação saudável, essencial ou exclusivamente baseadas em nutrientes, doenças, longevidade e sofisticação (BASSICHETTO; REA, 2008; GOMES, 2007). Essas evidências reafirmam o valor da incorporação de ações de aconselhamento em alimentação infantil, integrando conteúdos, como práticas permanentes, às políticas de atenção à saúde da criança, ressaltando-se a preocupação com a contínua atualização profissional.

## PREFERÊNCIA ALIMENTAR DO ESCOLAR

As crianças têm preferência por uma alimentação não saudável e a dieta é escassa de frutas e verduras, com substituição por alimentos industrializados, caracterizando por inadequação, prioritariamente, de vitaminas e minerais. Esta preferência, contudo, externada pela criança, recebe influência de um contexto externo, ou seja, o escolar é enraizado em uma cultura e costumes familiares, com preponderância, sobretudo, pelo custo alimentar que limita este acesso aos hábitos mais saudáveis. *“De manhã logo cedo toma refrigerante, mas eles gostam de carne de porco, bacon e linguiça.” (M20).*

A ingestão alimentar da criança depende da possibilidade de acesso a alimentos; contudo, existem fatores que limitam ou ampliam o consumo, tais como condição socioeconômica, preferências alimentares, dentre outros. Entre esses, destaca-se o elemento comportamental do cuidador e da criança que caracteriza cada pessoa, como religião, saúde e a cultura em que eles se encontram, caracterizando as crenças alimentares. O Ministério da Saúde assinala que os fatores culturais podem interferir de forma negativa ou positiva nos aspectos nutricionais, sendo mais comuns os malefícios do que os benefícios (BRASIL, 2004).

Em contribuição, o comportamento abrange determinantes internos e externos aos sujeitos. O acesso aos alimentos é determinado pela estrutura socioeconômica, a qual envolve as políticas econômica, social, agrícola e agrária. Assim sendo, as práticas alimentares, estabelecidas pela condição de classe social, são determinantes culturais e psicossociais. São estimuladas pelos avanços tecnológicos na indústria de alimentos e na agricultura e pela globalização da economia, com aumento da

preocupação, pois os estudos epidemiológicos sinalizam estreita relação entre a dieta e algumas doenças crônicas associadas à alimentação (DIEZ GARCIA, 2003).

Observa-se aumento do consumo de alimentos industrializados em detrimento de alimentos *in natura*. As verduras, legumes e frutas são menos citados, com menor preferência em relação aos alimentos como o pão com café, o que se reflete como causa do desequilíbrio nutricional referente aos micronutrientes e elevado consumo de sódio encontrado na avaliação quantitativa e qualitativa da alimentação. “*Ele não se alimenta direito, só quer saber de comer pão, ele troca almoço, janta por pão, não que não tenha.*” (P2).

Em associação, um estudo asseverou que alimentos industrializados (margarina cremosa A e B, margarina com fitosterol, biscoito doce recheado, biscoito salgado sem recheio, batata frita e hambúrguer de *fast food* multinacional) com alegação de 0% de gordura trans, apesar da redução de ácidos graxos trans, os alimentos analisados contêm altas quantidades de gorduras saturadas. Ressalta-se que o consumo irrestrito desses alimentos tem potencial deletério para a saúde (GAGLIARDI; MANCINI FILHO; SANTOS, 2009).

O preocupante aumento na obesidade infantil atrai a atenção para o papel da mídia, principalmente da televisão, sobre o comportamento infantil. Estima-se que crianças e adolescentes gastem, em média, de cinco a seis horas por dia assistindo à televisão, e o número de comerciais veiculados aumentou de 11 para 40 por hora nas duas últimas décadas. No Brasil, alimentos são os produtos mais anunciados, com quase 60% deles pertencem ao grupo representado por gorduras, óleos, açúcares e doces na pirâmide alimentar (FIATES, 2006).

Outro fator que deve ser ressaltado é sobre o comportamento alimentar da criança, assim como preferências alimentares, o que frequentemente reflete os hábitos da família, de acordo com as crenças, significados, condições socioeconômicas e valores ligados à alimentação. Segundo Gomes (2007), o alimento deve ser visto, além do sentido de nutrimento, como expressão cultural, como lembrança, sabor e prazer.

*O meu não gosta de comida de panela, eu empurro à força, verdura então ele não come. Ele gosta de comer bagulho, só quer xilito eu não deixo, mas pipoca, recheado, refrigerante, pode (M25).*

A população infantil depende do ambiente, ressaltando o ponto de vista psicológico, socioeconômico e cultural, que, na maioria das vezes, é constituído pela família, sendo que as atitudes são reflexo deste ambiente. Este poderá propiciar condições que levem ao desenvolvimento dos distúrbios alimentares, que poderão permanecer, caso não aconteçam mudanças neste contexto. Portanto, faz-se necessário o conhecimento do meio, como assistência ao desenvolvimento de programas que visem à minimização, ao controle e à erradicação do problema alimentar.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A maioria dos escolares extrena desequilíbrio de micronutrientes na dieta, ou seja, dieta empobrecida em relação às vitaminas e minerais e rica em gorduras saturadas e sódio, com destaque para a ampla participação de alimentos industrializados e ausência de cereais, tubérculos e leguminosas, significan-

do que essa população está mais exposta aos produtos industrializados e ao *fastfood*.

No referente à percepção dos responsáveis a cerca da alimentação do escolar, mostrou-se um entendimento sobre alimentação saudável: com uma variedade de frutas e verduras, horário adequado para refeição e redução de alimentos gordurosos; entretanto, não demonstram maior interesse em relação aos benefícios e malefícios de uma alimentação inadequada. Assim, pode-se referir que parte deles reconhece o valor nutricional das frutas e verduras, entretanto não estimula este consumo da criança.

Os dados aqui externados contribuem para a elaboração de intervenções públicas de saúde, visando à prevenção de distúrbios nutricionais na infância, conseqüentemente, na vida adulta. Os perfis atuais de consumo alimentar de crianças justificam ações de estratégias, reavendo aspectos saudáveis da nutrição na população de baixa renda, contrapondo-se à penetração da indústria alimentícia.

Por fim, é preponderante a atuação dos gestores na realização de atividades de vigilância e educação nutricional nas escolas, bem como na quantidade da refeição distribuída e na capacitação dos profissionais, visando ao incentivo ao consumo da merenda, por meio de promoção de hábitos alimentares saudáveis. Dessa forma, a vigilância nutricional escolar é fundamental para avaliar, tratar e prevenir os riscos para saúde e nutrição infantil.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 28. ed. Lisboa:Edições 70, 2008.

BASSICHETTO, K.C.; RÉA, M.F. Aconselhamento em alimentação infantil: um estudo de intervenção. **J. pediatr.**, v.84, n.1, p.75-82, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNaN**. Brasília: Ministério da Saúde (2012).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares – POF 2008/2009. **Antropometria e estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE (2010).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação - geral da política de alimentação e nutrição. **Obesidade e desnutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DIEZ GARCIA; ROSA Wanda. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 4, 2003.

FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, 2007.

FIATES, G. M. R.; AMBONI, R. D. M. C.; TEIXEIRA, E. Marketing, hábitos alimentares e estado nutricional: aspectos polêmicos quando o tema é o consumidor infantil. **Araraquara**, v. 17, n.1, p.105-112, 2006.

GAGLIARDI, A.C.M.; MANCINI FILHO, J.; SANTOS, R.D. Perfil nutricional de alimentos com alegação de zero gordura trans. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v.55, n.1. 2009.

GELLAR LA, SCHRADER K, NANSEL TR. Heathy Eating Pratices: Perceptions, Facilitators, and Barriers Among Youth With Diabetes. **Diabetes Educ**, v.33, n.4, 2007.

GOMES, F.S. Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas versus constructos sociais. **Rev. Nutr.**, v. 20, n. 6, dez. 2007.

JAIME, P.C.; LOCK, K. Do school based food and nutrition policies improve diet and reduce obesity? **Prev Med**, v.48, n1, p.45-53 2009.

MARTINS, P.L.; PIMENTA, A.L.S.; MARTINS, D.L. Infância e adolescência: alimentação suficiente em cálcio e fósforo? **Rev. Méd. Minas Gerais**, v.18, n. 4, 2008.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos: 1971.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **A pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MOLINA, M.C.B. *et al.* Preditores socioeconômicos da qualidade da alimentação de crianças. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.5, 2010.

PINTO, M.S.; BOSI, M.L.M. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2010.

RESSEL, L.B.,BECK, C.L.C., GUALDA, D.M.R. *et al.*. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enferm.** v. 17, n.4, p. 779-86, 2008.

# USO DE DROGAS ENTRE ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL DE UMA ESCOLA PÚBLICA DA CIDADE DE FORTALEZA: A ESCOLA COMO PROMOTORA DE SAÚDE

Ana Maria Fontenelle Catrib  
Francisca Lucélia Ribeiro de Farias  
Priscila França de Araujo  
Caroline Bitar da Cunha Olegário  
Aline Veras Moraes Brillhante  
Maria Vieira de Lima Saintrain

## INTRODUÇÃO

A busca da identidade pessoal é um dos compromissos psicossociais mais decisivos para o adolescente que inicia essa fase com descobertas, sensações e curiosidades, tendo uma grande necessidade de se destacar no seu meio e ser distinto dotado de personalidade própria. Nessa etapa do ciclo vital, ele busca dar sentido à vida e compreender aquilo que o cerca; para tanto, precisa aprender a aceitar a si mesmo e aos demais, fortalecendo seu ego. Para que a formação identitária se consolide, é importante que os pais estimulem e estejam presentes no amadurecimento dos seus filhos (GARCIA, et al. 2011) .

Nessa fase, o conceito de interação grupal é perceptível, e o adolescente busca pertencer a um grupo com o qual se identifica. Este terá a capacidade de influenciar suas ações e fará com que adote atitudes as quais serão a prova de sua aceitação na “tribo”. Justamente nesse período, em que o gru-

po de amigos atinge importância social principal, os conflitos familiares atingem o pico, fazendo com que os pais percam um pouco do seu poder de controle sobre os filhos, que buscam a imagem de adulto independente no grupo de amigos no qual estão inseridos, o que é uma tendência natural dos adolescentes. É principalmente nesse período de crise que as drogas entram em suas vidas (CALVACANTE *et al.* 2008).

Assim, um problema de grande relevância na sociedade e que reflete no ambiente escolar é a droga, que, entre muitos, interferem no processo de ensino-aprendizagem. Nesta linha de raciocínio, realizou-se esta pesquisa que teve como referência teórica o modelo da Educação para a Saúde. Assim, foram empregadas estratégias que promovessem estilos de vida associados à boa saúde. Dessa forma, pretendeu-se formar um cidadão consciente em relação aos riscos a que estava exposto e com capacidade de escolher uma vida mais saudável.

Durante o tempo da pesquisa discutiram-se na Escola temas gerais, como importância da água na terra, poluição, trânsito, atividades de plantio ou aproveitamento de alimentos e cuidados com o corpo, DST's informações que devem fazer parte da vida escolar dos alunos desde a educação infantil. Assim, o trabalho de prevenção na escola não surge de uma necessidade localizada, não quer reprimir os adolescentes, nem ensiná-los a “dizer não às drogas” ou fazer terrorismo sobre uma “tragédia iminente”. Também, não se refere ao acúmulo de mais uma tarefa no já sobrecarregado cotidiano do professor. A prevenção ao abuso de drogas é uma tarefa que faz parte da sua função educacional, compondo o seu projeto pedagógico. Quando compartilhada pelos educadores, pode ser percebida num contexto de elaboração da responsabilidade

de social do grupo de alunos (OBID). Este estudo tem como objetivo identificar o uso de drogas entre alunos do Ensino Fundamental de uma Comunidade Vulnerável da Cidade de Fortaleza-Ceará.

## MÉTODO

Esta pesquisa foi desenhada de maneira a poder atender todos os alunos do turno matutino, no entanto, apenas 50 alunos aceitaram responder ao questionário. Destes apenas 42 alunos representaram os estudantes das escolas públicas do município de Fortaleza-CE, matriculados no ensino fundamental e 1º, 2º e 3º do ensino médio. Segundo o Censo Escolar de 2007, disponibilizado pelo INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira), instrumento para a coleta de dados: foi usado um questionário baseado em instrumentos da OMS (Organização Mundial da Saúde) da comunidade europeia (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) e dos estados Unidos (Monitoring the Future). A aplicação realizada em sala de aula levou no máximo 1 hora-aula (50 minutos). Ao final da aplicação dos questionários, os alunos colocaram seu questionário dentro de um envelope que, em seguida, foi lacrado.

Os dados foram coletados por duas pesquisadoras e orientadas para padronização de procedimentos. Processamento e análise dos dados: os questionários foram duplamente digitados para evitar erros de inserção.

A elaboração de figuras e tabelas foi feita pelo programa Excel®. A análise estatística realizou-se por meio do programa EPI INFO 3.5.2, sendo o seu *software* disponível gratuitamente na internet.

## RESULTADOS

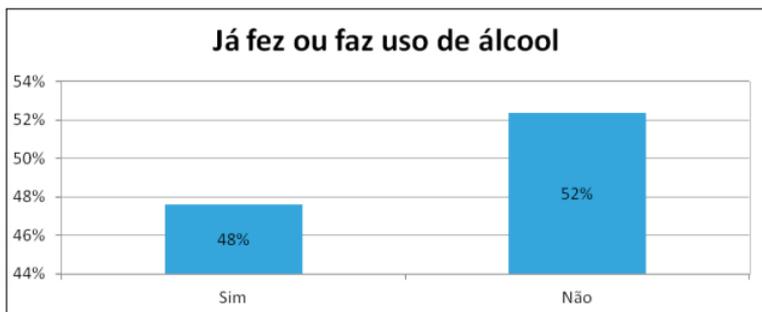
Foram coletados 42 questionários com alunos na faixa etária de 10 a 18 anos. Dentre as características sociodemográficas observou-se que 21 (50%) eram do sexo feminino, 27(64,3%) tinham idade variando de 13 a 15 anos, 37(88,1%) residem com os pais, mostrando que assim formam uma família tradicional, 5(11,9%) trabalham e estudam; todos vindos dos bairros que compõem a Secretária Executiva Regional 6 (SER VI).

Características sociodemográficas de adolescentes que estudam no ensino fundamental de uma escola pública da cidade de Fortaleza-CE.

Tabela 1 - Características do perfil sociodemográfico dos adolescentes, Fortaleza, 2012.

Variáveis	N= 42	%
Sexo		
Feminino	<b>21</b>	<b>50</b>
Masculino	<b>21</b>	<b>50</b>
Faixa etária		
De 10 a 12	<b>1</b>	<b>2,4</b>
De 13 a 15	<b>27</b>	<b>64,3</b>
De 16 a 18	<b>14</b>	<b>33,3</b>
Série escolar		
7º ano	<b>5</b>	<b>11,9</b>
8º ano	<b>1</b>	<b>2,4</b>
9º ano	<b>36</b>	<b>85,7</b>
Reside		
Com os pais	<b>37</b>	<b>88,1</b>
Sozinho	<b>2</b>	<b>4,6</b>
Com o companheiro	<b>1</b>	<b>2,4</b>
Com parentes	<b>2</b>	<b>4,6</b>
Trabalha		
Sim	<b>5</b>	<b>11,9</b>
Não	<b>37</b>	<b>88,1</b>

Figura 01- Referente aos alunos que fazem uso de álcool



Embora o álcool seja uma droga legalizada na sociedade brasileira e seu consumo social aceito, não se pode esquecer da existência de leis vigentes, que proíbem a venda de álcool para menores. Essas leis não estão sendo cumpridas e, direta ou indiretamente, há estímulo ao consumo por parte das propagandas sobre bebidas alcoólicas. Há necessidade de revisão da legislação sobre a propaganda desses produtos (SOUZA et al, 2005).

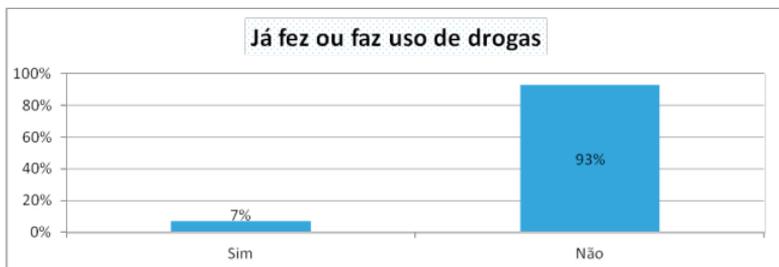
Considerando que o uso de drogas e a ingestão do álcool estão associados a diversos outros fatores de risco, acarretando prejuízos à saúde e à vida dos adolescentes, torna-se urgente a ação das famílias, escolas e sociedade para traçar medidas de Promoção à Saúde e prevenção do uso destas substâncias (MALTA, et al. 2011).

O uso exagerado e indevido de bebidas alcoólicas é considerado um grave problema de saúde pública. O consumo de álcool pode ser advindo do estilo de vida atual, dos elevados níveis de estresse, de ansiedade, de baixa autoestima, sentimentos depressivos, susceptibilidade à pressão dos pares e problemas relacionados à escola (MANSUR; MONTEIRO, 1983).

No estudo de Cardenal e Adell (2000), além da prevalência do exagero no uso de bebidas alcoólicas na população

adulta, esse comportamento está presente igualmente entre adolescentes, repercutindo na sua saúde física e mental.

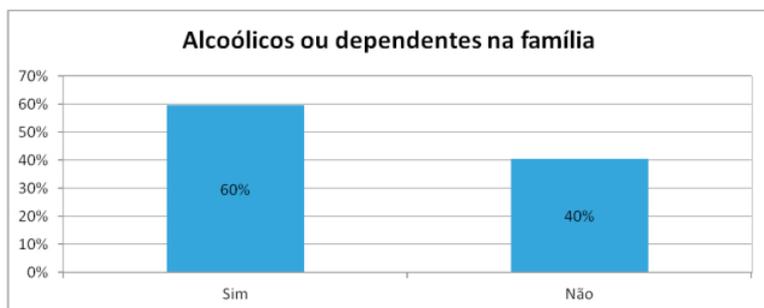
Figura 02, referente à pergunta “Já fez ou faz uso de drogas?”



Apesar de o consumo de bebidas alcoólicas ser proibido para menores de 18 anos, a pesquisa observou que 23%(54,7) dos alunos informaram que fazem uso ou já tiveram algum tipo de contato. No quadro 02,7% de alunos afirmaram já terem usado drogas.

Pela pesquisa, foi possível observar que, mesmo que a maioria dos alunos não faça uso de drogas ilícitas, todos as conhecem, demonstrando que estes estudantes não são tão ingênuos sobre esse assunto quanto se imagina. Identificou-se, em estudo recente do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID, 2010), que o uso de drogas se inicia na adolescência na faixa etária de 12 a 14 anos, com maior prevalência no gênero masculino para o consumo de drogas ilegais. O álcool (39,6%), seguido do tabaco (10,2%), são as drogas de maior consumo entre a população adolescente, seguidas de outras drogas ilícitas, com destaque para a maconha (3,8%).

Figura 3. Referente ao ambiente familiar em relação ao uso de drogas lícita e ilícita



De acordo com Pratta e Santos (2007), a família possui papel muito importante na formação de seus membros, principalmente na adolescência, influenciando no desenvolvimento psicológico. Essa formação, oferecida por via do processo educacional dados pelos pais e da organização social vigente nos dias de hoje, faz suscitar valores contraditórios inconsistentes e questionáveis que influenciam novos valores referentes à família, e na família, o que dificulta novas investigações e explorações como o tema consumo de drogas. Os pais, angustiados, muitas vezes, se veem perdidos diante da adolescência de seus filhos, e esses filhos inseguros, ante um suporte emocional fragilizado, podem enfrentar dificuldade de ajustamento. Por essa razão, tornam-se necessários programas de orientação aos pais para instruí-los. De maneira geral, a temática da droga é tratada debaixo de modelos moralistas e modelos de doenças, não em seu verdadeiro modelo teórico, que é sob o olhar biopsicossocial, como um comportamento aprendido envolto em várias crenças, inclusive as familiares (MARLATT; GORDON, 1993). Toda essa temática conservadora e preconceituosa é observada em uma pesquisa realizada na observação de filmes que retratam o tema drogas no âmbito familiar como: Bicho de Sete Cabeças, Traffic, Diário de adolescentes e Trainspotting.

Vários tipos de dinâmicas familiares oscilam entre a rígida e autoritária, a permissiva sem limites, oscilação entre independência e dependência e o distanciamento afetivo da família.

Figura 4- Referente à preferência e aos locais de consumo das bebidas alcoólicas entre os adolescentes



Dentre os tipos de bebidas alcólicas, verifica-se que a cerveja (35,7%), seguida do vinho (21,4%), foram as substâncias mais consumidas entre os jovens. Isso pode estar relacionado ao fato de essas bebidas serem encontradas com facilidade em qualquer local e por preço relativamente baixo.

A facilidade de acesso é percebida dentro de casa e nos círculos de amigos. Ambos são ambientes de consumo e fontes de obtenção de bebidas mais citados pelos jovens. Os estudantes não sentem dificuldades em adquirir álcool, apesar das restrições legais, inclusive em locais onde a venda seria inusitada/proibida (VIEIRA, RIBEIRO, ROMANO, LARANJEIRO, 2007).

Como consequências do consumo, o álcool potencializa a propensão dos jovens a se engajarem em comportamentos de risco. Mesmo o consumo eventual expõe a problemas como

acidentes de trânsito, comportamento sexual de risco (doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada), violência, ferimentos não intencionais (VIEIRA, RIBEIRO, ROMANO, LARANJEIRO, 2007).

## **DISCUSSÃO**

A escola pesquisada está localizada em um bairro que tem problemas com drogas, o que facilita a sua presença no contexto escolar. Considerando que a unidade escolar possui usuários, tanto de drogas lícitas quanto ilícitas, segundo os pesquisados, é necessário um maior comprometimento da escola para essa temática, com a participação de toda a comunidade escolar.

O material analisado permitiu uma inferência do conhecimento sobre o uso de drogas entre alunos do ensino fundamental de uma escola pública.

Além disso, os estudos mostram, em sua maioria, que o uso indevido ou abusivo de drogas se dá, geralmente, na adolescência, sendo esses comportamentos multideterminados, incluindo-se aí vivências de situações de risco, como delinquência, precocidade nas atividades sexuais e abandono dos estudos, entre outros. O conhecimento do perfil sociodemográfico dos estudantes participantes da pesquisa foi favorável ao entendimento da realidade na qual estão inseridos, sabendo que o contexto social é uma influência no consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Este estudo mostrou que uma parcela razoável dos estudantes consome bebidas alcólicas e os principais motivos para o começo do uso se deu, sobretudo, por iniciativa própria

e de amigos. Os resultados apontam que a faixa etária de maior incidência de uso foi dos 13 aos 15 anos.

A precocidade do início do uso de álcool e outras drogas é um alvo de preocupação. Vários estudos indicam que os adolescentes estão se envolvendo cada vez mais cedo com álcool e outras drogas. Portanto, o uso de drogas na adolescência é um tema que preocupa famílias, educadores e profissionais da saúde.

A prevenção do uso de drogas na população adolescente é de enorme importância, sabendo-se que é nessa fase da vida que poderão desenvolver hábitos, que os colocam em situações de vulnerabilidade e riscos comportamentais a diversos agravos.

Após o resultado, este trabalho chama atenção para os pais estarem mais atentos e participativos das atividades vivenciadas por seus filhos e comparecendo, sempre que forem solicitados à escola. Já a escola com o papel de educadora, deve instalar programas de prevenção, incluindo a participação de pais e educadores, por serem eles os principais meios sociais nos quais convivem os adolescentes. Tal programa deve projetar mais atividades para despertar o interesse no esporte, talentos como atividades em artesanatos, grupos de danças e canto, para que seus alunos possam se sentir inseridos e aceitos na sociedade. Em relação aos profissionais da saúde, a Enfermagem também trabalha com Educação em Saúde, de forma que a solicitação de palestras educativas na escola sobre prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis, consequência do uso de bebidas alcoólicas e efeitos das drogas, é por demais importante que esses alunos de dez a 18 devem participar, com vistas a promoção do bem-estar físico, psicológico e social e, assim, poder evitar complicações futuras.

Os resultados deste estudo não podem ser generalizados, em decorrência das limitações da amostra; por exemplo, a quantidade baixa de alunos participantes.

## REFERÊNCIAS:

BASTOS, D.L.J.; DUQUIA P.R. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v.17, n.4, p.229-32, 2007.

CARDENAL, C. A.; ADELL, M. N. Factors associated with problematic alcohol consumption in school children. **J Adolescent Health**, v. 27, p. 425-33, 2000.

CASTRO, S.M.; ROSA, S.C.L. **Fatores de risco e proteção na prevenção do uso indevido de drogas**, 2010. Disponível em: [http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.7/GT\\_07\\_10\\_2010.pdf](http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.7/GT_07_10_2010.pdf). Acessado em: 23 de Agosto de 2013.

CAVALCANTE, M.B.P.T.; Alves M.D.S.; Barroso M.G.T.; Adolescência, álcool e drogas: Promoção da Saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2008 set; 12 (3): 555-59.

COUTINHO, L.P.M.; ARAUJO, F.L.; GONTIES B. Uso da maconha e suas representações sociais: estudo comparativo entre universitários. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 469-477, set./dez. 2004.

FORTES, J.R.A.; CARDO, N.W. - **Alcoolismo** – diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier, 1991.

GARCIA, J.J.; PILLON, C.S.; SANTOS, A.M. Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.19 no.spe Ribeirão Preto May/June 2011.

HERMETO, C.M.E.; SAMPAIO, C.J.J.; CARNEIRO, C. ABANDONO DO USO DE DROGAS ILÍCITAS POR ADOLESCENTE: IMPORTÂNCIA DO SUPORTE FAMILIAR. **Revista Baiana de Saúde Pública** v.34, n.3, p.639-652 jul./set. 2010.

INÁCIO, S.M.; NETO, C.A. **Adolescente, crack e o conflito com a lei**. IV Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação PUCRS, 2009.

**INALANTES: informação e prevenção**. Publicação oficial da Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD. 5ª Ed. SENAD Brasília – DF, 2004.

LARANJEIRA, R. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira** / Elaboração, redação e organização; Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LOPES, T.G.; BERNARDES, M.M.; ACAUAN, V.L.; FELIPE, V.C.I.; CASANOVA, G.E.; LEMOS, J.K.B. Enfermeiro no ensino fundamental: desafios na prevenção ao consumo de álcool. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2007 dez; 11 (4): 712 - 6.

MALTA, C.D.; MASCARENHAS, M.D.M.; PORTO, L.D.; DUARTE, A.E.; SARDINHA, M.L.; BARRETO, M.S.; NETO, M.L.O. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Rev. bras. epidemiol.** vol.14 supl.1 São Paulo Sept. 2011

MASUR, J.; MONTEIRO, M. G. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Brazil Journal Med Biol Res**, v. 16, p. 215-8, 1983.

MARTINI, G.J.; Furegato, F.R.A. Representações sociais de professores sobre o uso de drogas em uma escola de ensino básico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.16 no.spe Ribeirão Preto July/Aug. 2008.

MICHELI, D.; FORMIGONI, N.L. - Drogas mais consumidas por adolescentes, pela ordem: álcool, tabaco, maconha, inalantes, cocaína. Usuários são os que mais brigam e roubam – Prometeu – Notícias de universidades e centros de pesquisa, 07/06/02. Disponível em: <http://www.prometeu.com.br/notícia.asp?cod=517>

NEVES, E.A.S., SEGATTO, M.L. **Uso de drogas na adolescência e seus impactos no âmbito familiar.** Disponível em: [pirapetinga.mg.gov.br/.../uso-de-drogas-na-adolescencia-e-seus-imp](http://pirapetinga.mg.gov.br/.../uso-de-drogas-na-adolescencia-e-seus-imp). Acesso em: 18 /11/2012.

SOUZA, O.P.D.; ARECON, N.K.; FILHO, S.X.D. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso **Rev Saúde Pública** 2005;39(4):585-92.

VASTERS, P.G.; PILLON, C.S. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, mar-abr 2011.

ZEITOUNE, G.C.R.; FERREIRA, S.V.; SILVEIRA, S.H.; DOMINGOS, M.A.; MAIA, C.A. O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Esc. Anna Nery** vol.16 no.1 Rio de Janeiro Mar. 2012.

WEISER, S.K.; WEISER, M.; DAVIDSON, M. Uso de maconha na adolescência e risco de Esquizofrenia. **Rev Bras Psiquiatr** 2003;25(3):131-2.

# VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO NAMORO JUVENIL

Roberta Matassoli Duran Flach  
Ludmila Fontenele Cavalcanti  
Sueli Bulhões da Silva

## VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO NAMORO ENTRE UNIVERSITÁRIOS COMO OBJETO DE PESQUISA

A violência de gênero no namoro é um tema pouco estudado no Brasil<sup>1</sup>, ainda mais quando comparado com estudos desenvolvidos por outros países, como Estados Unidos, Canadá e Portugal, bem como com outros tipos de violência já estudados desde a década de 1960, como é o caso da violência intrafamiliar, da violência contra a mulher, em 1970, e, por último, em 1980, da violência doméstica (SCHRAIBER *et al*, 2002). As situações de violência ainda não são suficientemente percebidas no espaço do namoro, tanto pelas políticas públicas como no meio acadêmico (OLIVEIRA *et al*, 2011).

Na qualidade de categoria de estudo, a “violência de gênero” surge no final dos anos de 1990 como tentativa de explicar a radicalização das desigualdades na relação entre homens e mulheres, sendo a violência proveniente dos conflitos de gênero e da forma violenta de lidar com eles (SCHRAIBER *et al*, 2002), e pode ser percebida nas suas mais variadas expressões, nas esferas pública e privada.

---

1 Almeida (2010), Nascimento (2009) e Castro (2009).

No plano internacional e nacional, o Brasil, participa como signatário de vários acordos que visam ao enfrentamento da violência cometida contra a mulher. O fato, porém, de existir tamanho reconhecimento legislativo não impede que ocorram violações de direitos humanos das mulheres em diversas faixas etárias.

Nesse sentido, pretende-se demonstrar as novas formas de relacionamento afetivo juvenil e o modo como a violência de gênero ocorre no namoro juvenil, resultante de pesquisa acerca dos sentidos atribuídos por universitários à violência de gênero no namoro (FLACH, 2013).

Procedeu-se a um estudo de natureza qualitativa, no qual foram realizadas entrevistas semiestruturadas, baseadas em roteiro, com os estudantes universitários, na faixa etária de 18 a 24 anos, do curso de graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). A opção por esta faixa etária se deu em função de a juventude, recorte etário deste estudo, ser considerada pelo Ministério da Saúde brasileiro como o período compreendido de 15 a 24 anos. As entrevistas foram gravadas, com a permissão dos entrevistados, e contaram com a participação de 14 alunos, sendo 11 moças e três rapazes. As informações coletadas foram analisadas com base na adaptação da análise de conteúdo, em sua modalidade temática (GOMES, 2004).

Com o propósito de assegurar o anonimato dos participantes do estudo, adotou-se a identificação (F) para as mulheres e (M) para os homens, seguidas da numeração ordinal correspondente à participação na pesquisa.

Esse estudo foi aprovado pela Câmara de Ética do Conselho de Ensino e Pesquisa da PUC-Rio (CI.VRAc.33/2012), em cumprimento à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos.

## **NOVAS FORMAS DE RELACIONAMENTO AFETIVO JUVENIL**

Definir um conceito único para o termo “juventude” não é simples, uma vez que muitas são as pesquisas e organizações que já tentaram fazê-lo, sem que com isso fosse universalmente adotado um ou o outro conceito de juventude.

O conceito de juventude surge pela primeira vez na Organização das Nações Unidas (ONU), em 1985, em virtude do “Ano Internacional da Juventude”, que passa a considerar como juventude a faixa entre 15 e 24 anos de idade.

A imagem mais comum quando se pensa sobre juventude é aquela que a situa numa fase de transição entre o mundo infantil e sem responsabilidades e a vida adulta e também responsável, uma fase da vida na qual as ambiguidades e contradições são mais evidentes. Assim é, também, o período no qual se está mais propenso a questionar a realidade e experimentar transformação.

É em meio a todas as transformações, situado o namoro, com seus significados para a juventude contemporânea. Diversos estudos<sup>2</sup> tentam conceituar o significado de namorar, ficar, pegar, dentre outros tipos variados de relacionamentos amorosos praticados na atualidade.

---

2 Ver Vieira e Cohn (2008), Oliveira et al (2007), Bertoldo e Barbará (2006), Jesus (2005), Justo (2005), Rieth (2002) e Malaggi et al (s/ano).

O namoro é caracterizado pela estabilidade do relacionamento entre duas pessoas (BERTOLDO e BARBARÁ, 2006), decorrente de um ato contínuo que ganha contornos de maior compromisso e de oficialidade perante a família e ao grupo social (OLIVEIRA et al, 2007), podendo ou não envolver sexo.

Em geral, porém, é por meio do ato de “ficar” que muitos rapazes se iniciam sexualmente, já que a cobrança<sup>3</sup> pela precocidade da realização do primeiro ato sexual<sup>4</sup> é muito mais intensa sobre os rapazes do que sobre as moças.

*Meu pai me levou pra um lugar e tal, com prostitutas mesmo e aí rolou, sabe? É, na verdade, deixa eu falar, não foi nem meu pai, foi o pai de um amigo meu. Ele justificou que já estaria na hora, que tava na hora... (risos) tipo, eu tinha uns 15 anos (...). (M3)*

A relação sexual para os rapazes, especialmente a primeira, é vista como questão de honra, não importando muito com quem será praticada (SALEM, 2004). Esse tipo de cobrança faz com que os rapazes se achem intimidados, inseguros e muitas vezes com seus desejos negligenciados em nome de uma regra de conduta estigmatizante, que força a exercerem práticas sexuais para o que nem sempre estão preparados ou desejosos de executá-las.

O mesmo não pode ser dito, todavia, do comportamento sexual esperado das moças. Nestes casos, a preservação da virgindade pelo máximo de tempo possível não só é algo dese-

3 Essas cobranças sobre os rapazes tendem a ser realizadas tanto pelos seus próprios pares quanto pelos seus pais, que não medem esforços para assegurar o aprendizado sexual dos rapazes, iniciando-os até mesmo por meio da contratação de serviços sexuais de garotas de programa.

4 Ver Aquino et al (2003), Kinsman et al (1998), Wenner-Wilson (1998), Mott et al (1996) e Romer et al (1994).

jável, como incentivado pelos pais e pela sociedade em geral.

A primeira relação sexual das moças, normalmente, é expressa sem muito planejamento e com muita insegurança, em geral, com o namorado, que é a pessoa com quem a moça possui maior intimidade e confiança.

*Foi muito insegura, muito medo, eu acho que por ser muito nova, assim, muito diferente, então... eu acho que a gente pensa muito nos pais, na reação dos pais saberem, não sei o que? (...) Aquela coisa muito de virgindade, de ficar grávida, entendeu? (...) o medo que segurou um tempão, mas depois acabou acontecendo. (F3).*

O fato de o ato sexual ser realizado com alguém em quem se confia, dá a esses jovens uma aparente “certeza” de fidelidade, na qual não só se respaldam como serve de justificativa para os atos sexuais realizados de maneira desprotegida.

A preocupação, neste caso, não está diretamente ligada ao ato sexual ter sido realizado sem proteção para DST/Aids e sim a vergonha de os pais descobrirem que não era mais virgem ou ainda da ocorrência da gravidez não planejada, o que indiretamente deixaria claro que já havia iniciado a vida sexual.

Outro tipo de relacionamento que anfre espaço entre a juventude contemporânea é o virtual, realizado por meio de sites de relacionamento, via *internet*.

*Eu acredito mais em um relacionamento pela internet, principalmente assim, no começo. No começo do namoro, no começo do relacionamento, mesmo porque você tá conhecendo e eu acho que, ajuda bastante, e também a falta de tempo que existe hoje em dia. (F7).*

Autores como Vieira e Cohn (2008) acreditam que o principal fator que contribuiu para a ampliação e generalização do acesso à *internet*, nos últimos anos está associado à despreocupação com a imagem física, com o corpo visível, com a necessidade de contato físico<sup>5</sup>. Diferentemente de um relacionamento presencial, o aspecto físico fica em segundo plano, quando o relacionamento se estabelece através da *internet*, o que para algumas pessoas permite ter maior confiança para se arriscar em novos relacionamentos e interações sociais.

Essas novas formas de relacionamentos afetivos não só alteram a forma dos jovens se expressarem afetivamente, como também a maneira com que a sociedade consegue lidar com essas mudanças.

## **VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO NAMORO JUVENIL**

A violência é um fenômeno de conceituação e enfrentamento difíceis, pois adquire, de acordo com a cultura e a época vivida, distintos comportamentos e expressões, estando relacionada com a forma como a pessoa é socializada e com as práticas culturais vigentes na sociedade onde a pessoa está inserida.

A violência, tal como se expressa na sociedade brasileira, assumiu limites culturalmente permitidos e tolerados, como se fosse algo que faz parte invariavelmente da sociedade e das relações interpessoais, assumindo um nível de tolerância que,

---

5 Quando as pessoas se conhecem na *internet*, a aparência física de cada um influencia menos do que em uma relação presencial; aproximamo-nos das pessoas mais pela conversa, pelas ideias. (...) Outro aspecto interessante nas relações virtuais é a privacidade, muitas vezes a interação instantânea se restringe às pessoas que estão interagindo. Isso faz com que esses momentos possam ser extremamente íntimos, de maneira semelhante, a quando estamos completamente a sós com outra pessoa. (VIEIRA e COHN, 2008, p. 97).

por vezes, naturaliza a violência e a torna invisível, silenciosa e difusa na sociedade brasileira.

Para Nascimento e Cordeiro, parece que, nos últimos tempos,

[...] o Brasil descobriu que namoro, violência e juventude se entrecruzam na dinâmica de diferentes casais de namorados, uma vez que notícias sobre violência cometidas por ex-namorados ou namorados têm sido amplamente exploradas na mídia impressa e televisiva. (2011, p.516).

A violência de gênero no namoro juvenil, assim como a violência ocorrida em outros tipos de relacionamentos amorosos, está perpassada por questões culturais de gênero marcadas por polaridades que tendem a enquadrar o masculino e o feminino como categorias essenciais e naturais, nas quais são estereotipados papéis específicos para cada gênero (MINAYO et al, 2011).

Atitudes machistas, de controle excessivo e ciúmes, são atos corriqueiros e presentes não só nos relacionamentos amorosos dos adultos como também no namoro da juventude brasileira.

Segundo pesquisa realizada por Oliveira et al (2011), foi possível observar que no namoro a violência verbal<sup>6</sup> se destaca por sua elevada frequência, seguida da violência sexual, das ameaças e da violência física.

---

6 A violência verbal é encarada pelos jovens como um ato corriqueiro, caracterizado pela perda de controle e necessidade de extravasar a raiva, reforçando e justificando a cultura de violência presente na sociedade brasileira contemporânea. Ser vítima desse tipo de abuso implica vivenciar pelo menos um dos seguintes atos cometidos pelo (a) parceiro (a): brigas por ciúmes, emprego de tom de voz hostil, ouvir coisas ruins de seu passado e que o deixavam com raiva, insultos, depreciações, ridicularizações, ser vigiado para saber onde está, ser culpabilizado pelos problemas, ser acusado de paquerar outra pessoa e ser ameaçado com o término do relacionamento. (MINAYO, ASSIS e NJAINE, 2011, p. 100).

A presença de pelos menos uma forma de violência no relacionamento amoroso dos jovens brasileiros é considerada comum e corriqueira, como algo intrínseco à relação amorosa, quando na verdade deveria ser tratada como resultado de uma cultura que romantiza o amor para as mulheres e naturaliza o sentimento de posse e ciúme para os homens.

Tais atos são, em inúmeros momentos, justificados por uma visão arcaica, na qual a mulher é tida como propriedade e objeto de poder masculino (MINAYO et al, 2011). Esse tipo de visão pode contribuir para a ocorrência de violência nas relações interpessoais.

Esses comportamentos e práticas, culturalmente aceitos, trazem consigo diversas consequências negativas à saúde física e mental da juventude, que vão desde danos imediatos, como uma internação de urgência, até mesmo aqueles de longo prazo, como depressão, tentativas de suicídio, ansiedade, uso abusivo de álcool e drogas.

Há também outros estudos<sup>7</sup> realizados no contexto universitário que destacam a coerção sexual ocorrida no namoro como um fator expressivo, atingindo cerca de 50% das estudantes.

Méndez e Hernández (2001) salientam que nem sempre a violência é expressa no primeiro contato. Por vezes, leva tempo, até que se manifeste no relacionamento.

A convivência diária com atos de violência os mais diversos também pode ser um fator de grande probabilidade para a banalização de atos violentos sofridos no namoro.

---

7 Caridade e Machado (2006), Aldrighi (2004).

Segundo Machado (s/ano), coordenadora de um projeto nacional no Minho, em Braga/ Portugal, que trata do fenômeno da violência sexual no namoro, o número de jovens de 15 a 25 anos que sofre violência no namoro chega a atingir 25%. Segundo a pesquisadora,

[...] o fenômeno é ainda mais preocupante nas novas gerações, que começam a agredir-se cada vez mais cedo, no ensino secundário e profissional. [Chegando] a tolerar a violência sexual, pois, para eles, relações sexuais forçadas não são o mesmo que violação, nem sequer são crime (MACHADO, p.1, s/ano).

Para esses jovens, palpões, toques, agressões verbais, ciúme e o próprio ato sexual não são entendidos como atos de violência, sendo considerados até mesmo como prova de amor e cuidado.

*A minha amiga abandonou a faculdade, levou três anos pra passar na UERJ e abandonou porque a namorada tinha ciúmes dela na faculdade (...) a garota tinha ciúmes de tudo, de tudo (...) tem um trabalho de grupo pra fazer na casa de fulano então “Eu vou junto!” e ficava lá (...) esperando terminar, até que teve uma hora que a menina não aguentou, pediu pra ela largar a faculdade e ela largou. (F9).*

Navarro (2004) acrescenta que os jovens, em busca da defesa do que entendem por “amor romântico”, acreditam que o amor verdadeiro ultrapassa o limite da razão, onde todos os atos são desculpados e feitos em nome do “amor”.

Dentre as atitudes de violência praticadas em nome desse “mito do amor”, estão a chantagem, a manipulação, as ame-

aças, a força física, a imposição da ingestão de álcool e drogas, entre outros.

[Sobre a prova de amor, que o namorado da irmã pediu] *O ex-namorado dela que faleceu agora, ele tinha AIDS e como prova de amor ele pediu que ela transasse com ele sem camisinha.* (F9).

Esses atos de violência acabam são produzidos e reproduzidos pela via de um poder simbólico<sup>8</sup>, no qual mecanismos sutis de dominação e exclusão são utilizados com o propósito de obter o controle de um sobre o outro (BOURDIEU, 1999; VASCONCELLOS, 2002).

No imaginário do amor romântico, em que se idealiza um parceiro, projetando nele um futuro a ser compartilhado, o namoro pode ultrapassar os limites da razão, tudo se desculpando em defesa desse amor (GOMES, 2011).

A ocorrência de violência no namoro diverge da crença de que esse período seria a melhor fase da vida de um casal, e lidar com essa violência, muitas vezes simbólica, constitui um grande desafio. Acrescente-se a isso a inexistência de ações consolidadas de prevenção à violência de gênero no namoro juvenil.

Com suporte na análise dos sentidos atribuídos por universitários à violência de gênero no namoro, foi possível observar o modo como, para os jovens pesquisados, a violência de gênero ocorre no namoro juvenil.

---

8 Quando os modelos hegemônicos de gênero são padronizados para pensarmos o 'ser homem' em oposição ao 'ser mulher', a violência simbólica pode ser instaurada. Isso ocorre principalmente quando se associam mecanicamente certas características consideradas como femininas às mulheres e, em contrapartida, as vistas como tipicamente masculinas aos homens. Essa associação, em que se exclui a possibilidade de essas características se intercambiarem entre o 'ser homem' e o 'ser mulher', pode configurar uma faceta da violência simbólica. (GOMES, 2011, p. 145).

Sobre os “**sentidos atribuídos à violência no namoro**”, predominou o núcleo de sentido **comportamento violento**.

*Pra mim, não é só bater, tem a violência moral também, que é não deixar o companheiro se relacionar com outra pessoa, ter amizades, namorado não pode colocar uma roupa, não pode cortar o cabelo [...]. (F6).*

*[...] violência não só no contato físico, a violência verbal também, porque tipo... quando você tá brigando... você xinga muito ou sei lá... isso machuca, palavra acho mais forte, você fala coisas indevidas, diz palavras de violência também, a ponto de perder o controle, agredir o parceiro, a parceira [...]. (M1).*

*Violência no namoro, eu acho que é tudo aquilo que oprime o namorado ou a namorada, que priva de fazer o que gosta, o que não gosta, né, ou ameaças ou sexo forçadamente, acho que é um leque aí de coisas. (M2).*

Embora os jovens entrevistados tenham destacado que qualquer tipo de violência que ocorra no namoro deve ser repudiado, parte desses jovens não conseguiu perceber determinados atos ocorridos dentro de seu namoro, como atos de violência. Outra parte somente identificou esses atos como violentos durante a entrevista, denotando o caráter pedagógico que a entrevista pode ter sobre os participantes.

De acordo com Nascimento e Cordeiro (2011), existem múltiplas questões que contribuem para o não reconhecimento de determinados atos, como sendo violência. Dentre essas está o fato de os jovens restringirem a violência somente

ao âmbito físico, não sendo considerado violência, quando a namorada ou namorado os xingam, cerceiam suas saídas ou ameaçam terminar a relação.

A juventude por vezes confunde cuidado e afeto com cárcere privado, cerceamento, controle e opressão a atos que precisam ser amplamente debatidos e discutidos entre a juventude, com o propósito de evitar que num futuro próximo esse namoro “violento” evolua para uma união estável da mesma forma “violenta”.

Também foi identificado nesta categoria o núcleo de sentido **(in)tolerável no namoro**, expresso pelos entrevistados por meio de uma mesma prática, a traição.

*Eu não ia gostar se meu namorado me traísse, mas eu acho que é tolerável, acredito que sim. (F5).*

*(...) Digamos que o relacionamento é uma... é um... prédio, tipo... quando há traição ele fica com a estrutura comprometida, quer dizer, na verdade desaba... desaba totalmente, sabe? (M3).*

O limiar entre o tolerável e o intolerável varia de acordo com a socialização a que uma determinada pessoa é exposta, ou seja, se a mulher acredita que a traição é algo que faz parte da natureza do ser homem na sociedade brasileira, ela vai ser muito mais tolerável à prática da traição do que aquelas que entendem os papéis femininos e masculinos com igualdade de direitos.

Essa diferenciação entre o que se permite ou não numa relação amorosa pode contribuir para práticas de atos violentos, abrindo precedente para que um dos parceiros assuma uma posição de poder sobre o outro.

Ao analisar a categoria “**causas da violência no namoro**”, a maioria dos entrevistados informou o **ciúme** como principal fator desencadeador da violência neste tipo de relação amorosa.

*No namoro, acho que a principal é ciúme, pelo menos é o que eu mais vejo. As maiores brigas entre namorados é ciúme. (F9).*

*“Porque você não fez o que eu queria”, “Porque é ... eu não gosto que você faça isso nesse dia”, “Porque eu não gosto que você saia com essa roupa”. Eu acho que é mais o ciúme mesmo. (M2).*

O ciúme como principal fator responsável pelos atos violentos é destacado também por outros autores, como Barroso (2009), ao acentuar que o namorado brigão é, não raras vezes, visto como protetor e a expressão de ciúme exagerado considerada uma “prova” de amor (2009, p. 7).

Essa relação, na qual o ciúme ocupa ora o papel de destruidor, ora o de dedicação e lealdade, pode contribuir para a ocorrência de situações de violência que sequer serão percebidas como tal, já que os atos de ciúme passam a ser tão corriqueiros que podem fazer parte da relação amorosa.

No que diz respeito à categoria “**vivência de violência no namoro**”, a totalidade dos entrevistados afirmou que é possível a ocorrência de atos de **violência no namoro**. Esses atos geralmente se expressam por meio de agressões físicas, relação sexual forçada e proibições diversas.

*“Ah! Não sai! Fica em casa”, aí eu acabava saindo, ele me ligava “Tô indo aí te buscar”, eu ficava com muito medo, eu sabia que ele não ia*

*fazer nada comigo, o meu medo era dele agredir os meus amigos, entendeu? (F1).*

*Às vezes assim, a pessoa não quer ter um relacionamento naquele dia, uma pessoa com o namorado, e eles querem forçar, é uma violência e também tem a violência agressiva, no caso de bater. (F3).*

Também foi possível verificar como a violência psicológica está presente nos relacionamentos amorosos vivenciados pelos jovens pesquisados. Esse tipo de violência ainda é invisível na sociedade, já que, diferente da agressão física ou sexual, não deixa marcas visíveis, mas pode levar à depressão e ao suicídio.

*[...] eu tinha muito medo do meu ex-namorado, muito medo, muito medo. Ele nunca me fez nada, mas por eu saber que ele era uma pessoa muito agressiva com os outros, isso me deixava com muito medo dele. (...) Olha só... eu acho que a violência psicológica é a pior violência (...) fica na mente. (F1).*

*[...] violência psicológica (...) eu já ouvi casos de amigas dizerem que o namorado disse pra ela: “Pô, minha ex é muito mais bonita que você”. Sabe? Eu acho isso uma violência também. (F2).*

Observou-se por meio das falas foi que muitos jovens enfrentam violências graves em seus relacionamentos, e muitos desses atos são justificados socialmente e tratados com pouca ou nenhuma importância, já que se trata “somente” de um namoro.

Ao se banalizar esses atos de violência, no entanto, expressos tão precocemente, pode-se estar, em contrapartida, re-

forçando e legitimando a continuidade desses atos de violência não só no namoro, como também no noivado, casamento e união estável.

De todos os entrevistados, uma parte destacou o fato de que também há ocorrência de **violência no namoro virtual**. Para tal, foi levado em consideração o acesso massificado da *Internet*, *Webcam* e *Sites* de relacionamento.

*Eu acho que sim, seria com palavras e também tem a questão da câmera, da webcam que hoje em dia também acontece muito de pedir pra tirar a roupa, fazer coisas desse tipo, virtualmente, né? (F3).*

*(...) essa violência que eu digo da falta de respeito um com outro, sabe? Tanto via bate-papo, como hoje tá bem, a tecnologia tá bem avançada, tipo em brigar com o outro na frente da câmera, xingar, se desrespeitar, acho que isso é uma violência, sabe? (M3).*

Muitos casais fazem uso da tecnologia moderna para registrar fatos, fotos e eventos vividos durante o relacionamento amoroso. Enquanto o relacionamento está “vivo”, “intenso”, não há nenhum problema em realizar gravações e fotografias até mesmo dos atos sexuais.

Observou-se, entretanto, seja por meio de reportagens televisionadas, seja por meio digital, que o término do relacionamento funciona como um agravante, para que imagens que pertenciam somente à intimidade do casal passem a ser mal utilizadas por um dos parceiros, com o propósito de difamar o outro em decorrência do término da relação.

Essa facilidade de disponibilizar imagens e vídeos na internet é discutida por Starobinas (2006) como um grave problema enfrentado pela sociedade brasileira, uma vez que a ausência de legislação para lidar com a criminalidade digital contribuiu para a ocorrência, do que o autor chamou de um “Estado delinqüente” no mundo virtual.

*[...] na frente do computador [...] a gente tem a opção de gravar tudo né, faz foto, dá print, não sei o que, e você não sabe se a pessoa tá fazendo isso do outro lado ou não. Já tive amigos que já fizeram isso e depois postaram fotos das meninas na internet. Eu acho isso uma forma de violência, uma coisa que os dois estão participando disso ao mesmo tempo, mas que, a qualquer momento eu posso usar isso contra você. (M1).*

Dentre as diversas mudanças ocorridas na sociedade contemporânea, a ampliação do acesso à *internet* e ao computador contribuiu, de certa forma, para a disseminação de novas práticas de violência, tais como a exposição da imagem digital, seja por meio de vídeos ou fotos sensuais, no meio virtual. Essa exposição virtual sem consentimento contribuiu para que novas práticas de violência se perpetuem, de forma ainda mais rápida e profunda.

A outra parte dos entrevistados, no entanto, informou já ter **vivenciado alguma situação de violência no namoro** ou ainda **conhecer alguém que tenha vivenciado violência no namoro**.

*A L. já me deu um tapa, numa briga com discussão... ela me bateu no rosto. [...] eu fiquei tipo assim, seu corpo reage querendo avançar mas, não! que isso! você não vai bater nela! (M1).*

*[...] na verdade como ele era muito mais tranquilo, leva tudo na brincadeira, então isso me irritava muito e eu ficava descontrolada, ia em cima dele, tipo... dava uns tapas nele, pegava a vassoura (risos). (F3).*

*[...] minha vizinha, ela tem 16 anos [...] o atual [namorado] descobriu que ela tava ficando com outro. Ele [o namorado] foi lá, pegou uma garrafa de vidro e rasgou o rosto dela todinho [...]. (F6).*

Isso denota que os jovens participantes deste estudo tanto sofrem quanto infringem atos de violência contra seus(uas) namorados(as) e nem sempre percebem esses atos como violência, e os que percebem, por vezes, atribuem o ocorrido a atos esporádicos, resultados de algum comportamento momentâneo do(a) parceiro(a).

Sobre a categoria “**resolução de conflito**”, a maioria dos entrevistados relatou adotar como estratégia o **diálogo/conversa**.

*Eu procuro conversar sempre, porque eu falo muito, falo muito e aí eu sempre quero tá dialogando, debatendo, sabe?... eu gosto quando a pessoa expõe o que tá achando errado: “Oh! Não to gostando disso, disso, disso e disso”, então vamos conversar até a gente chegar num denominador comum, sabe? (F10).*

*Pra resolver um conflito acho que tudo é conversando, ouvindo um ao outro, sabe? Eu acho que é por aí... conversando, procurando ouvir cada um a sua posição e é isso. (M3).*

Ainda que seja aceitável a ocorrência de divergências e conflitos durante o relacionamento de um casal de namorados, e que muitos desses conflitos consigam ser resolvidos por meio do diálogo, há que se observar com atenção esses ditos “conflitos” para que não se naturalizem atos violentos, entendendo-se que os estes sejam somente divergências comuns a relacionamentos juvenis saudáveis.

Então, compreender como se configura o fenômeno da violência de gênero no namoro exige de todos um olhar diferenciado, visando a desnaturalização desse complexo fenômeno, assim como a viabilização de políticas públicas voltadas ao seu enfrentamento, uma vez que os atos violentos acontecidos no namoro juvenil já são considerados preditivos da ocorrência de violência no contexto conjugal (MINAYO, 2011).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Observou-se que há reduzida publicação nacional sobre a temática da violência no namoro e os estudos que abordam essa temática têm como foco, em sua maioria, a faixa etária de 15 a 19 anos.

A baixa percepção dos atos de violência na fase do namoro pode ter relação com a elaboração cultural e com a forma como as pessoas são socializadas. Atos como proibir, cercear, coagir e ter ciúmes são comumente confundidos como prova de amor do(a) namorado(a) pelo(a) parceiro(a), quando, na verdade, podem ser os primeiros sinais de um comportamento violento.

Com efeito, buscar conhecer os sentidos atribuídos à violência ocorrida no namoro possibilitou identificar como

os estudantes universitários percebem esses atos. Neste caso, a maioria dos participantes afirmou repudiar qualquer tipo de comportamento violento no namoro, malgrado parte dos participantes não reconhecer como atos violentos determinados eventos que sofreram ou cometeram.

Outro destaque importante foi o fato de a maioria dos entrevistados já haver vivenciado alguma situação de violência no namoro, como agressões físicas, proibições e exigências que podiam submeter a risco a vida da pessoa.

Com vistas à superação das lacunas e limites dos resultados ora expressos, sugere-se a realização de mais pesquisas comparativas sobre os sentidos atribuídos pela juventude à violência no namoro; a avaliação de projetos de prevenção na área da educação e a verificação de como a violência no namoro se dá nas relações homoafetivas.

No Brasil, ainda há poucas iniciativas que deem conta deste fenômeno, dada a sua baixa visibilidade, inclusive junto aos próprios jovens. Daí a importância de se investir em novos estudos e pesquisas que tratem desta temática, a fim de que, a longo prazo, seja possível a redução dos riscos da ocorrência de violência ainda na fase do namoro.

## REFERÊNCIAS

ALDRIGHI, T. Prevalência e cronicidade da violência física no namoro entre jovens universitários do Estado de São Paulo – Brasil. **Psicologia: Teoria e Prática**, 2004, 6 (1), p.105-120.

ALMEIDA, Andréa Maria Lages Gomes de. **Prevalência da vitimização física e fatores associados à violência entre namorados adolescentes da cidade do Recife**, 2008. [Dissertação de Mestrado]. Recife, 2010.

BARROSO, Zélia. Violência nas relações amorosas. **VI Congresso Português de Sociologia – Mundos Sociais: Saberes e Práticas**. Universidade Nova de Lisboa. De 25 a 28 de junho de 2009, Número de série: 597.

BERTOLDO, Raquel Bohn; BARBARÁ, Andréa. Representação social no namoro: a intimidade na visão dos jovens. **Psico-USF**, v. 11, n. 2, p. 229-237, 2006.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

CARIDADE, S; MACHADO, C. **Violência na intimidade juvenil: da vitimação à perpetração**. **Análise Psicológica**, 24(4), 485-493, 2006.

CASTRO, Ricardo José de Souza. **Violência no namoro entre adolescentes do Recife: em busca de sentidos**. [Dissertação de Mestrado]. Recife, 2009.

FLACH, Roberta Matassoli Duran. **Violência de gênero no namoro: sentidos atribuídos por estudantes universitários**. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro, 2013, 97 p.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 23 ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2004.

GOMES, R. Invisibilidade da violência nas relações afetivo-sexuais. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; NJAINE, K (Orgs.). **Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 236 p. p. 141-151.

JESUS, J.S.O. Ficar ou namorar: um dilema juvenil. **Revista de Psicologia**, v.6, n.1, p.67-73, 2005.

JUSTO, José Sterza. O “ficar” na adolescência e paradigmas de relacionamento amoroso da contemporaneidade. **Revista do Departamento de Psicologia** – UFF, v. 17, n.1, p. 61-77, 2005.

KINSMAN SB, ROMER D, FURSTENBERG FF, SCHWARZ DF. Early sexual initiation: the role of peer norms. **Pediatrics** 1998; 102:1185-1192.

MACHADO, C. Um em cada quatro jovens é vítima de violência no namoro. In **Jornal Estudante Digital**. Acessado em 07/jul/2010. Disponível em: <http://www.estudantedigital.nomundo.net/node/173> ().

MALAGGI, Michelle; LAZZAROTTO, Elizabeth Maria; NAZZARI, Rosana Kátia; BARATIERI, Tatiane. **A visão dos jovens sobre namoro**. S/ano. Acessado em: 01/Jan/2013. Disponível em: <http://www.unioeste.br/campi/cascavell/ccsa/VISeminario/Artigos%20expostos%20em%20Pain%C3%A9is/ART%2027%20-%20A%20vis%C3%A3o%20dos%20jovens%20sobre%20o%20namoro.pdf>. MÉNDEZ, Rosaura G.; HERNÁNDEZ, Juana D. S. **La violencia en parejas jóvenes**. *Psicothema*, v.13, n.1, p. 127-131, 2001.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; NJAINE, K. (Org). **Amor e violência: Um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros**. Editora Fiocruz, 2011.

MOTT FL, FONDELL MM, HU PN, KOWALESKI-JONES L, MENEGHAM EG. The determinants of first sex by age 14 in a high-risk adolescent population. **Fam Plann Perspect** 1996; 28:13-8.

NASCIMENTO, Fernanda Sardelich. **Namoro e Violência:** um estudo sobre amor, namoro e violência entre jovens de grupos populares e camadas médias. [**Dissertação de Mestrado**]. Recife, 2009. Universidade Federal de Pernambuco.

NASCIMENTO, Fernanda Sardelich; CORDEIRO, Rosineide de Lourdes Meira. Violência no namoro para jovens moradores de Recife. **Psicologia e Sociedade**, 23 (3):516-525, 2011.

NAVARRO, M. F. **Amor, adolescentes y violencia de género**, 2004.

OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antônio Marcos Tosoli; MARQUES, Sérgio Corrêa; THIENGO, Maria Aparecida. “Pegar”, “ficar” e “namorar”: representações sociais de relacionamentos entre adolescentes. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, 2007; 60 (5): 497-502.

OLIVEIRA, Queiti Batista Moreira; ASSIS, Simone Gonçalves de; NJAINE, Kathie; OLIVEIRA, Raquel Vasconcellos Carvalhaes de. Violência nas relações afetivo-sexuais. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; NJAINE, K (Orgs.). **Amor e violência:** um paradoxo das relações de namoro e do ‘ficar’ entre jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 236 p. p. 87-139.

RIETH, Flávia. A iniciação sexual na juventude de mulheres e homens. **Horizontes antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 77-91, 2002.

ROMER, D.; BLACK, M.; RICARDO, I.; FEIGELMAN, S.; KALJEE, L.; GALBRAITH, J. Social influences on the sexual behavior of youth at risk of HIV exposure. **Am J Public Health** 1994; 84:977-85.

SALEM, T. “**Homem... já viu né?**”: representações sobre sexualidade e gênero entre homens de classe popular. In: Heilborn ML, organizador. **Família e sexualidade**. 1ª ed. Rio de Janeiro: FGV; 2004: 15-61.

SCHRAIBER, L.B.; D’Oliveira, A.F.P.L.; FALCÃO, M.T.C. **Violência dói e não é direito**. A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. SP; Editora UNESP. 2002.

STAROBINAS, Marcelo. “Brasil é líder mundial em crimes na internet.” **Folha de São Paulo**, 20/11/2002. Acesso em: 10 ago 2006. Disponível em: <http://observatorio.ultimosegundo.ig.com.br/artigos/asp27112002998.htm>.

VASCONCELLOS, M. D. **Pierre Bourdieu**: a herança sociológica. *Educação e Sociedade*, 23 (78): 77-87, 2002.

VIEIRA, C. I. F; COHN, C. Amor contemporâneo e relações na internet: ausência do corpo nas relações. **Revista Brasileira Sociologia das Emoções**, Paraíba, v. 7, n. 19, p. 72-117, abr. 2008.

# COMPORTAMENTO PROMOTOR DE SAÚDE EM ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PROFISSIONALIZANTE DE FORTALEZA-CE

Liana Pinheiro Quinderé

Lídia Andrade Lourinho

Natalia Bitar da Cunha Olegário

Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos

Maxmiria Holanda Batista

Ana Maria Fontenelle Catrib

## INTRODUÇÃO

O comportamento promotor de saúde e bem-estar psicossocial das pessoas são importantes determinantes do estado de saúde, não causam somente impacto imediato na saúde, mas deixam consequências. Práticas e comportamentos não saudáveis na adolescência irão possivelmente continuar até a fase adulta, prejudicando assim a saúde, futuramente (LEE e LOKE, 2005).

Muitos adolescentes iniciam práticas não saudáveis (como ingestão nutricional inadequada e sedentarismo) e comportamentos de risco (como uso de tabaco e drogas) conduzindo a resultados desfavoráveis à saúde (LEE e LOKE, 2005).

É na adolescência que se consegue identificar hábitos desviantes com maior facilidade, sendo também a melhor fase para corrigi-los. Esta é uma etapa da vida em que os adolescen-

tes se encontram num processo de configuração da sua personalidade, tornando-se o momento propício para se trabalhar aspectos pessoais e sociais facilitadores da adoção de um estilo de vida saudável (FERNANDES e MOREIRA, 2007).

Nesse contexto, o ambiente escolar é um importante aliado para a consolidação de ações de Promoção de Saúde, direcionadas ao fortalecimento das capacidades das pessoas e da tomada de decisões favoráveis à sua saúde. No âmbito da comunidade, cabem a criação e o desenvolvimento de ambientes saudáveis e implantação de uma política intersetorial voltada para qualidade de vida, baseada no respeito à pessoa que possibilite a formação de uma outra cultura (BRASIL, 2002).

O desenvolvimento humano atravessa períodos de transição, sendo a adolescência compreendida como fase de crescimento e desenvolvimento, a qual liga a infância à adultícia. É caracterizada pelas rápidas mudanças do corpo, mente e relações sociais. Diversas dessas alterações físicas e comportamentais acontecem e podem ser percebidas claramente no ambiente escolar. Assim, ressalta-se que a escola se torna um local alvo de investida na Promoção de Saúde (LEE e LOKE, 2005).

Durante o desenvolvimento de crianças e jovens em idade escolar, estes assumem comportamentos, sobretudo ao nível do estilo de vida (atividade física e hábitos alimentares), que continuam ao longo das suas vidas. A maior parte dos fatores prejudiciais ligados ao estilo de vida é adquirida nessa idade, indicando que, caso se logre alterar esta situação, contribuir-se-á para uma inversão das consequências na saúde futura (MALINA e BOUCHARD, 2004).

É ainda no período da adolescência que vários fatores influenciam o comportamento alimentar, podendo ser exter-

nos ou internos. Segundo Garcia *et al.* (2003), os fatores externos são: unidade familiar e suas características, atitudes de pais e amigos, valores sociais e culturais, e hábitos alimentares, enquanto os internos são: necessidades e características psicológicas, imagem corporal, valores e experiências pessoais, auto-estima, hábitos e preferências alimentares (GARCIA, GAMBARELLA e FRUTUOSO, 2003).

Além desses fatores, a influência que a autoimagem corporal exerce sobre os hábitos de saúde das adolescentes é muito discutida na literatura. Atualmente, é bastante notória a preocupação com a aparência corporal e a intensiva tendência social e cultural que considera a magreza como um perfil ideal, o que influencia cada vez mais os hábitos de vida e, conseqüentemente, da saúde. A autopercepção da aparência corporal influencia negativamente nos hábitos alimentares e, evidentemente, no consumo alimentar dos adolescentes (BRAGGION, MATSUDO e MATSUDO, 2000).

Em relação a esse comportamento alimentar, alguns estudos revelam que hábitos inadequados podem favorecer o desenvolvimento de doenças futuras, como citam Arruda & Lopes (2007) e Baranowski *et al.* (2000), quando acentuam que esses hábitos alimentares incorretos são fatores bastante influenciadores no surgimento de sobrepeso e obesidade, consideráveis fatores de risco para doenças crônicas.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística - IBGE (2003-2004) revelaram no Brasil uma prevalência, na adolescência, de 12,3% para sobrepeso, 16,7% para excesso de peso e 2,3% de obesidade. Enquanto isso, a última Pesquisa de Orçamentos Familiares afirmou que o aumento de peso foi

contínuo em adolescentes de dez a 19 anos nos últimos 34 anos. Mostrou-se mais perceptível no sexo masculino, onde o índice passou de 3,7% para 21,7%, o que representa um acréscimo de seis vezes. Entrementes, no seguimento dos jovens, as estatísticas triplicaram: de 7,6% para 19,% de 1974-1975 a 2008-2009. Quanto à obesidade, foi constatada com menor intensidade, mas também com tendência ascendente, passando de 0,4% para 5,9% entre rapazes e de 0,7% para 4,0% na mesma faixa etária (dez – 19 anos) no sexo feminino (BRASIL, 2006; 2011).

Considerando a tendência crescente de problemas de saúde entre os adolescentes brasileiros, decorrentes de comportamentos inadequados, e aos poucos estudos avaliando estes comportamentos, especialmente na região Nordeste, é que este estudo tem o objetivo de avaliar o comportamento promotor de saúde, com ênfase nos hábitos alimentares e na atividade física de alunos adolescentes de uma escola de ensino médio e profissionalizante na cidade de Fortaleza, Ceará.

## MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa que foi realizado em Fortaleza–CE. A coleta de dados foi efetuada em junho de 2011, em uma escola estadual de educação profissional. A amostra do estudo foi composta por 140 alunos (n=140) distribuídos nas quatro turmas de 2º ano da referida escola, com um total de 155 estudantes. Foram excluídos da amostra 15 alunos, aqueles que não estiveram presentes à escola nos dias de coleta de dados. Não houve recusa de nenhum aluno em participar do estudo.

A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário (Escala de Avaliação do Comportamento Promotor de Saúde), Scale Adolescent Health-Promoting – AHS. O questionário adotado segue a escala AHP (*Analytic Hierarchy Process*), método para auxiliar na tomada de decisões complexas, acessando os estilos de vida promotores de saúde dos estudantes (CHEN, 2005).

O instrumento utilizado abrange seis dimensões - comportamento nutricional, suporte social, gestão de saúde, apreciação da vida, atividade física e gerenciamento do estresse. Dessas, foram aprofundados, nesta pesquisa, comportamento nutricional e atividade física. O questionário foi distribuído individualmente e os participantes responderam às questões conforme suas práticas reais no dia a dia. Essas questões foram respondidas de acordo com a frequência de realização individual (nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre).

Na análise dos comportamentos promotores de saúde, somente as respostas “frequentemente” e “sempre” serão consideradas como práticas promotoras de saúde. As respostas “nunca”, “raramente” e “às vezes” não serão tratadas como relatos de comportamento promotor de saúde (LEE e LOKE, 2005).

As informações obtidas produziram tabelas de frequência simples, percentual, médias e variações. Os dados coletados foram armazenados utilizando-se o programa Excel for Windows 2007 (Microsoft Corp. Estados Unidos). A análise estatística dos resultados foi realizada por meio do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 14.

Os alunos que concordaram em participar do estudo, juntamente com seus responsáveis, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com o que rege a

Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Foi garantido o sigilo das informações dos participantes. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), com parecer nº. 267/2011.

## RESULTADOS

A amostra totalizou 140 adolescentes, 94 (67,1%) dos quais do sexo feminino e 46 (32,9%) do sexo masculino. As idades variaram de 13 a 17 anos, com média de 14,9 anos. Quanto à situação socioeconômica familiar, a maioria da amostra (63,3%) recebia uma renda de um a dois salários-mínimos (Tabela I).

Acerca de como estes estudantes se alimentam, percebeu-se que a maioria respondeu “sempre/frequentemente” para os seguintes comportamentos avaliados: 117 (84,7%) fazem três refeições por dia, 94 (67,5%) ingerem ao menos 1,5L de água diariamente e 88 (62,8%) dos estudantes tomam café da manhã diariamente (Tabela II).

Verificou-se que 113 (82,3%) dos entrevistados referiram as respostas “nunca/raramente/às vezes” sobre realizar esforços para selecionar alimentos com uma menor quantidade de óleo e 74 (54,7%) disseram que incluem fibras na alimentação nesta mesma frequência. Na investigação sobre a inclusão de cinco grupos alimentares (frutas e verduras, pães, carnes, cereais e leite) em cada refeição do dia, o estudo revelou que 84 (61,3%) dos adolescentes, “nunca/raramente/às vezes”, seguem essa recomendação (Tabela II).

No que se refere à atividade física, “nunca/raramente/às vezes” foram as respostas mais referidas quando se indagou sobre a prática de alongamento diário, totalizando 113 (81,2%) adolescentes. Sobre a prática de exercício de 30 minutos pelo menos três vezes por semana, 106(77,8%) estudantes também referiram a mesma resposta. Quanto à avaliação da postura corporal correta, verificou-se que 85 (60,7%) dos adolescentes também responderam “nunca/raramente/às vezes”. Assim, não se identifica um comportamento promotor de saúde nesses itens avaliados (Tabela III).

Constatou-se que 114 (83,2%) dos estudantes “sempre/frequentemente” participam das aulas de Educação Física na escola, semanalmente, e 72 (52,9%) “sempre/frequentemente” se aquecem antes dos exercícios rigorosos, caracterizando um comportamento promotor de saúde relacionado a esses aspectos na maioria da população avaliada (Tabela III).

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo revelam que a maioria da amostra (63,3%), quanto à situação econômica familiar, tem renda mensal de um a dois salários-mínimos, indicando um baixo poder aquisitivo. Segundo Vieira *et al.*(2002), a condição financeira é um dos fatores determinantes no estilo da alimentação entre os adolescentes, isto é, um maior poder aquisitivo está relacionado a maior aquisição de determinados tipos de alimentos. Deste modo, o baixo poder aquisitivo de boa parte da amostra poderá exercer influência no comportamento promotor de saúde dos adolescentes avaliados. Mais estudos poderão elucidar a real contribuição desta circunstância nos comportamentos dos adolescentes.

O estudo revelou que a maioria dos adolescentes (82,3%) nem sempre se esforça para selecionar alimentos com menor quantidade de óleo, identificando-se a estudos similares, que revelaram consumo frequente de dietas ricas em gordura entre adolescentes, independentemente do tipo de inquérito alimentar utilizado. Neutzling *et al.* (2007) constataram em seu estudo com adolescentes que mais de um terço (36,6%) dos adolescentes consome frequentemente alimentos ricos em gordura.

Outra pesquisa no Rio de Janeiro também encontrou um elevado consumo de lipídeos entre os adolescentes (ALMEIDA *et al.*, 2009), obtendo um resultado semelhante ao estudo realizado por Fisberg *et al.* (2001), que revelou hábitos alimentares com alto consumo de alimentos gordurosos em universitários paulistas. À vista dos dados encontrados sobre alto consumo de gordura, verifica-se que, sobre esse aspecto, há um grande número de adolescentes que ainda não promovem a saúde.

Acerca da inclusão de fibras na alimentação, o estudo demonstrou que 54,7% dos adolescentes não têm esse hábito “sempre/frequentemente”. Outros estudos também encontraram baixa ingestão de fibras alimentares em todos os subgrupos populacionais, sendo este resultado possivelmente explicado pelo baixo consumo de frutas, vegetais e cereais integrais (NEUTZLING *et al.*, 2007). Pesquisa realizada com adolescentes cariocas revelou que apenas 31,4% consumiam hortaliças verdes e 40% tinham o hábito de consumir frutas (ALMEIDA *et al.*, 2009). Outros pesquisadores identificaram em São Paulo que a ingestão de frutas e verduras pelos adolescentes era de 12,4% e 10,3%, respectivamente (TORAL *et al.*, 2006).

Ximenes *et al.* (2006) desenvolveram estudos sobre os hábitos alimentares de adolescentes nas escolas estaduais e particulares da cidade do Recife descobriram que apenas 34,5% consumiam esses gêneros, e em avaliação com adolescentes de Florianópolis, os autores encontraram consumo diário de verduras não referido por 74,3% dos rapazes e 65,8% das moças, confirmando, assim, a baixa ingestão de frutas e verduras (BRASIL, 2006). Mesmo com a preconização da ingestão de no mínimo três porções diárias de frutas e a mesma recomendação para verduras (BRASIL, 2006), as pesquisas revelam a ausência desses grupos alimentares na alimentação dos adolescentes, o que, juntamente com o consumo de gorduras em excesso, poderá ocasionar problemas de saúde futura.

Destaca-se o fato de que a maioria (61,3%) dos adolescentes não inclui com frequência regular cinco grupos de alimentos (frutas e verduras, pães, carnes, cereais e leite) em cada refeição. Carlini-Cotrim *et al.* (2000) sugerem que um dos motivos para que os adolescentes tenham diminuído a ingestão de cereais, carnes, ovos, leguminosas, leites e derivados seja o desejo de controlar o peso e, conseqüentemente, a adesão a dietas de emagrecimento. A redução indiscriminada no consumo dos grupos de alimentos que são base da alimentação, como os cereais ou fonte de importantes nutrientes, como o leite, as carnes e as frutas, é contraindicado para qualquer grupo da população, sobretudo para adolescentes que estão em fase de intenso crescimento e desenvolvimento (TOJO *et al.*, 1995).

Estudos recentes encontraram na rede de ensino municipal de Curitiba, mais da metade (54%) dos estudantes fazendo três ou mais refeições diariamente (MONTICELI, 2010). Em São Paulo, pesquisa realizada entre adolescentes também reve-

lou que 94% da amostra avaliada seguem essa recomendação (GARCIA *et al*, 2003). Hábito semelhante foi encontrado entre os alunos cearenses avaliados neste estudo, onde 84,7% realizam três refeições ao dia. Outra investigação efetivada com adolescentes baianos também encontrou resultado similar, tendo sido identificado o fato de que 96% dos estudantes realizavam essa prática de comportamento nutricional, podendo-se, assim, verificar que essa faixa etária denota um comportamento promotor de saúde relacionado a esse comportamento alimentar em distintas regiões do país. Destaca-se, entretanto, que apesar de o instrumento utilizado investigar a presença de três refeições diárias, é necessário o consumo de cinco a seis refeições por dia, dentro de um contexto alimentar saudável. O guia alimentar brasileiro apresenta os Dez passos para uma Alimentação Saudável, que recomenda a realização de três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches por dia (BRASIL, 2006).

Identificou-se o fato de que 62,8% dos alunos que participaram desta pesquisa relataram tomar café da manhã sempre ou frequentemente. Esse dado aproxima-se do resultado de um estudo abrangendo uma população semelhante, o qual assinala que 67% da amostra também têm o hábito de fazer a primeira refeição matinal frequentemente; e de outra pesquisa, realizada em São Paulo, ao revelar que 85,% dos meninos e 90,2% das meninas também têm essa prática (MONTICELI, 2010). Esses resultados são positivos ante a recomendação da importância de iniciar o dia fazendo refeições completas. Questiona-se, contudo, a qualidade do café da manhã consumido pela maioria, já que uma boa parte dos adolescentes deste estudo relatou não incluir alimentos de todos os grupos alimentares a cada refeição. Maiores estudos aprofundando o consumo alimentar dos adolescentes poderia revelar esta realidade.

Estudo publicado recentemente analisou a importância do café da manhã na vida de adolescentes e sua repercussão na obesidade, não só em adolescentes, mas também na vida adulta futura. A pesquisa sugere ainda que alguns adolescentes que consomem o café da manhã com regularidade denotam maior probabilidade de terem menores índices de massa corporal, conseqüentemente, um menor risco de desenvolverem obesidade quando comparados àqueles que não fazem esta refeição (MERTEN *et al*, 2009).

Analisando a ingestão hídrica, observou-se que 67,5% dos adolescentes ingerem no mínimo 1,5L de água diariamente. Esse resultado mostrou-se favorável, quando se sabe sobre a importância e os benefícios da ingestão de água suficiente (FARIAS e LOPES, 2004). Apesar de a maioria dos adolescentes consumir água em quantidade satisfatória, preocupa-se com a ingestão de bebidas de sabor doce por essa faixa etária, pois, como lembra o estudo de Wirth (2010), alguns jovens incluem a ingestão dessas bebidas, fazendo com que, principalmente crianças e adolescentes, passem a se hidratar essencialmente por meio desses alimentos, abandonando definitivamente a ingestão de água.

Existem campanhas nacionais de esclarecimento sobre as práticas de atividade física, identificando-as como fatores determinantes no comportamento promotor de saúde, e, nesse contexto, o Ministério da Saúde recomenda um estilo de vida mais ativo, principalmente no lazer, com incentivo à prática de pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias (BRASIL, 2004).

Avaliando a prática de alongamento diário e o exercício físico três vezes por semana, o estudo revelou que 81,2% e

77,8%, respectivamente, não têm esses hábitos com frequência, percebendo-se, com efeito, que não há um comportamento promotor de saúde no tocante a esses aspectos e, assim, há maior tendência de sobrepeso na idade adulta.

Relativamente à participação dos adolescentes na prática de exercícios físicos e de esportes, outros estudos encontraram resultados similares. Ensaio efetuado no Paraná verificou que não mais de 13,4% das moças e 36,3% dos rapazes se identificam com essas atividades. No mesmo estudo, resultados encontrados com relação aos níveis de prática de atividade física habitual revelam que 54% dos rapazes que participaram do estudo são classificados como ativos ou moderadamente ativos. Entre as moças, apenas 35% estão na mesma classificação. A proporção de adolescentes classificados como inativos ou muito inativos foi de 65% entre moças e de 46% entre rapazes. Outra pesquisa classificou aproximadamente 85% dos adolescentes do sexo masculino e 94% do sexo feminino como sedentários. O mesmo estudo analisou ainda a percepção dos adolescentes em relação ao próprio nível de atividade física com o de outras pessoas da mesma idade e sexo, e descobriu que 25% dos meninos e 33% das meninas se consideram menos ativos do que seus colegas. De acordo com pesquisas, a prevalência de adolescentes expostos a baixos níveis de atividade física variou de 39% a 93,5% (SILVA e MALINA, 2000; OEHLSCHLAEGER *et al*, 2004).

O exercício físico deve ser incentivado e praticado, pois traz benefícios não somente no plano ponderal, mas também em várias áreas do corpo humano. Além de reduzir a obesidade, essa prática aumenta a autoestima, ajuda no autoconhecimento corporal e no cuidado com a aparência física, melhora

a capacidade funcional e maximiza a qualidade de vida dos adolescentes (MELLO e TUFIK, 2004).

Dos estudantes que participaram da pesquisa, 83,2% assistem às aulas de Educação Física na escola uma vez por semana. Esse elevado número de alunos que praticam atividade física no âmbito escolar poderá ser alvo de novas estratégias de aprimoramento de Educação Física. Concorde-se com o autor, que levanta a hipótese sobre uma possível modificação nos programas de Educação Física Escolar, para uma melhor frequência nas atividades e maior incentivo à participação dos alunos, podendo auxiliar na prevenção do sedentarismo das próximas gerações de adultos (GUEDES e GONDIM, 2002).

A prática do aquecimento realizado antes de exercícios pode ser definida como um tipo de atividade, que proporciona ao corpo um período de ajuste das condições iniciais do repouso para o exercício de alta intensidade. Essa prática é essencial para melhorar o desempenho e reduzir a chance de lesão, além de contribuir para uma redução dos níveis de ácido láctico produzidos durante o exercício (CARVALHO e BORGES, 2001). Avaliando-se sobre quais alunos fazem aquecimentos antes dos exercícios, notou-se que mais da metade (52,9%) tem essa prática, podendo-se assim identificar um comportamento que promove a saúde e evita lesões durante o exercício e danos futuros.

Quanto à avaliação acerca da realização de esforços para permanecer em pé ou sentado com postura correta corporal, identificou-se o fato de que a maioria (60,7%) dos adolescentes não tem este hábito com frequência, indicando que vários jovens demonstraram predisposições a futuros problemas vertebrais relacionados à postura. Outros estudos revelaram que o

uso de mochilas pode ser um fator que influencie na postura de crianças e adolescentes, e também identificou a maioria dos alunos apresentando postura incorreta ao sentarem para utilizar o computador, assistir a aulas ou à televisão (CARDON *et al*, 2004).

Outro agravante relacionado à postura corporal foi verificado numa pesquisa que correlacionou alterações posturais com o índice de massa corporal (IMC), revelando que as alunas com sobrepeso ou obesidade tiveram maior prevalência nas alterações antero-posteriores do que alunas com o IMC normal. Isso é atribuído ao fato de a gravidade do corpo ser alterada em função do excesso de massa corporal, exigindo um ajuste da postura para manutenção do equilíbrio (FANUELE *et al*, 2002).

## CONCLUSÃO

O comportamento alimentar dos adolescentes estudados mostrou-se adequado quanto ao número mínimo de três refeições diárias, regularmente fazer o café da manhã e ingestão hídrica suficiente. Relativamente, no entanto, à ingestão de alimentos com alto teor de gordura e a inclusão dos cinco grupos alimentares na alimentação, incluindo as fibras, o comportamento, mostrou-se inadequado.

Em relação à prática de atividade física nos adolescentes, concluiu-se que uma grande parte deles não tem a prática de atividade física como rotina, havendo, assim, um grande número de adolescentes ainda expostos ao sedentarismo.

Conclui-se, portanto, que são necessárias algumas mudanças de comportamentos entre os adolescentes, que podem

ser mediadas por projetos de intervenção educativa na escola e na comunidade, tanto no que se refere à alimentação quanto à atividade física, para que haja maior promoção de saúde, melhor qualidade de vida e maior longevidade da saúde futura deles.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.F. *et al.* Frequência de consumo alimentar versus saúde de adolescentes. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. 2009. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/racs/article/viewFile/615/564>. Acessado em: 23 de março de 2012.

ARRUDA, E.L.M.; LOPES, A.S. Gordura corporal, nível de atividade física e hábitos alimentares de adolescentes da região serrana de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Cian antropometria & Desempenho Humano**. v. 9, n. 1, p.05-11, 2007.

BARANOWSKI, T. *et al.* Physical activity and nutrition in children and youth: an overview of obesity prevention. **Prev. Med.** v. 31, p.1-10, 2000.

BRAGGION, G.F.; MATSUDO, S.M.M.; MATSUDO, V.K.R. Consumo alimentar, atividade física e percepção da aparência corporal em adolescentes. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** v. 8, n. 1, p.15-21, 2000.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. A promoção de saúde no contexto escolar. São Paulo: **Rev. Saúde Pública: Informes Técnicos Institucionais**, v. 2, n. 36, p.533-535, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira** – Promovendo a Alimentação Saudável. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Análise da estratégia global para alimentação saudável, atividade física e saúde**. Documento realizado pelo Grupo técnico assessor instituído pela Portaria do Ministério da Saúde, nº 596, de 8 de abr.2004.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF (2002-2003). **Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil** [Internet]. 2006 [acesso 14 de set de 2011]; Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23004/000740930.pdf?sequence=1>.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Pesquisa de Orçamentos Familiares -POF (2008-2009). **Desnutrição cai e peso das crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional** [Internet]. 2010 [acesso 15 de set de 2011]; Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1699&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1699&id_pagina=1). Acesso em: 14 abr. 2011.

CARVALHO, J.; BORGES, G.A. Exercícios de alongamento e suas implicações no exercício de força. **Cad. de Educação Física, Estudos e Reflexões**. v.3, n. 2, p.67-78, 2001.

CARDON, G. et al. Sitting habits in elementary schoolchildren: a traditional versus a moving school. **Patient Educ.Couns.** v.54, n. 21, p.33-42, 2004.

CARLINI-COTRIM, B. et al. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes públicas e privadas da área metropolitana do Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. v. 34, p.636-45, 2000.

CHEN, M.Y. et al. Adolescent health promotion scale: development and psychometric testing. **Public Health Nursing**. v. 20, n. 2, p.104-110, 2005.

FARIAS, JR. J.C.; LOPES, A.S. Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescência. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** v. 12, n. 1, p.7-12, 2004.

FANUELE, J.C. *et al.* Association between obesity and functional status in patients with spine disease. **Spine**. v. 27, n. 3, p.06-12, 2002.

FERNANDES, J.P.A.; MOREIRA, P. Comportamento alimentar: estudo em adolescentes de uma escola promotora de saúde de Viseu. **Revista SPCNA**, v.13, n. 1, 2007.

FISBERG, M. et al. Hábitos alimentares na adolescência. **Pediatria Moderna**. v. 36, n. 11, p.724-734, 2009.

GARCIA, G.C.B.; GAMBARDELLA, A.M.D.; FRUTUOSO, M.F.P. Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes de um centro de juventude da cidade de São Paulo. **Revista de Nutrição de Campinas**. v. 16, n. 1, p.41-50, 2003.

GARCIA G.C.B. *et al.* Estado nutricional de consumo alimentar de adolescentes de um centro de juventude da cidade de São Paulo. **Rev. Nutr.** v. 16, n. 1, p.41-50, 2003.

GUEDES, D.P. *et al.* Níveis de prática de atividade física habitual em adolescentes. **Rev. Bras. Med. Esporte**. v. 7, n. 6, 2001.

GUEDES, D.P.; GONDIN, L.M. Percepção de hábitos saudáveis por adolescentes: associação com indicadores alimentares, prática de atividade física e controle de peso corporal. **Rev. Bras. de Ciência do Esporte**. v. 1, n. 24, p.23-45, 2002.

LEE, R.L.T.; LOKE, A.J.L. Health-Promoting Behaviors and Psychosocial Well-Being of University Students in Hong Kong. **Public Health Nursing**, v. 22, n. 3, p.209-220, 2005.

MALINA, R.; BOUCHARD, C. Growth, maturation and physical activity. **Human Kinetic Books**. Illinois, 2004.

MELLO, M.T.; TUFIK, S. **Atividade física, exercício físico e aspectos psicobiológicos**. Rio de Janeiro. Guanabara. p.51-57, 2004.

MERTEN, M.J. et al. Breakfast consumption in adolescence and young adulthood: Parenteral presence, community context, and obesity. **J Am Diet Assoc**. v. 109, n. 13, p.84-91, 2009.

MONTICELI, F.D.B. Consumo alimentar de adolescentes de adolescentes de escola da rede municipal de ensino da cidade de Curitiba. [dissertação]. Universidade de São Paulo. 2010.

NEUTZLING, M.B. *et al.* Frequência de consumo de dietas ricas em gordura e pobre em fibras entre adolescentes. **Rev. Saúde Pública**. v. 41, n. 3, 2007.

OEHLSCHLAEGER, M.H. et al. Prevalence of sedentarism and its associated factors among urban adolescents. **Rev. Saúde Pública.** v. 38, n.1, p.57-63, 2004.

SANTOS, J.S. et al. Perfil antropométrico e consumo alimentar de adolescentes de Teixeira Freitas – Bahia. **Rev. Nutr.**, v. 18, n. 5, p.623:632, 2005.

SILVA, R.C.R.; MALINA, R.M. Nível de atividade física em adolescentes do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Publica.** v. 16, n. 10, p.91-97, 2000.

TORAL, N. et al. Comportamento alimentar de adolescentes em relação ao consumo de frutas e verduras. **Rev. Nutrição.** v. 19, n. 3, p.331-340, 2006.

TOJO, R. et al. Hábitos alimentares das crianças em idade pré-escolar e escolar: riscos para a saúde e estratégias para a intervenção. In: Nestlé Nutritions Services. A alimentação da idade pré-escolar até a adolescência. **Seminário Nestlé Nutrition**, v. 37, p.11-13, 1995.

WIRTH, M. **Consumo de sucos e refrigerantes:** um risco maior para crianças e adolescentes. Sistema Integrado de informação em Saúde [Internet]. 2010 [acesso27 de out de 2011]; Disponível em: <<http://www.sissaude.com.br/sis/inicial.php?case=2&idnot=5819>>.

VIEIRA, V.C.R. et al. Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém: ingressos em uma universidade pública brasileira. **Rev Nutr.** v. 15, n. 3, p.273-82, 2002.

XIMENES, R. et al. Hábitos alimentares em uma população de adolescentes. **Clín-Cientif.** v. 5, n. 4, p.287-293, 2006.

Tabela I - Caracterização dos adolescentes, segundo variáveis sociodemográficas e profissionais. Fortaleza-CE, 2011.

Variáveis (N*)	n	%
<b>Sexo (140)</b>		
Masculino	46	32,85
Feminino	94	67,14
<b>Renda (134)</b>		
1 SM**	38	28,36
2 Salários	47	35,07
3 Salários	13	9,07
Outros	36	26,87
<b>Turma (139)</b>		
Finança	41	29,5
Estética	32	23,02
Enfermagem	33	23,47
Informática	33	23,74

\*Estas variáveis não foram preenchidas em parte dos questionários analisados no estudo, por isso podem apresentar um inferior ao número total estudado. \*\*SM = salário-mínimo, equivalente a R\$ 545,00.

Tabela II – Caracterização do comportamento promotor de saúde com base em comportamentos nutricionais.

Comportamento nutricional	Nunca	Raramente	Às vezes	Total Não Promotor de Saúde	Frequentemente	Sempre	Total Promotor de Saúde
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Como três refeições regulares	2 (1,4)	7 (5)	12 (8,7)	21 (15,1)	32 (23,1)	85 (61,6)	117 (84,7)
Faço esforço para selecionar comidas sem muito óleo	18 (13,1)	36 (26,2)	59 (43)	113 (82,3)	11 (8)	13 (9,5)	24 (17,5)

Incluo fibras na minha alimentação	8 (5,9)	25 (18,5)	41 (30,3)	<b>74 (54,7)</b>	27 (20)	34 (25,2)	61 (45,2)
Bebo pelo menos 1,5 litros de água diariamente	2 (1,4)	11 (7,9)	32 (23)	45 (32,3)	30 (21,5)	64 (46)	<b>94 (67,5)</b>
Incluo 5 grupos de comida (frutas e verduras, pães, carnes, cereais e leite) em cada refeição	10 (7,3)	27 (19,7)	47 (34,3)	<b>84 (61,3)</b>	28 (20,4)	25 (18,2)	53 (38,6)
Tomo café de manhã diariamente	7 (5)	15 (10,7)	30 (21,4)	52 (37,1)	16 (11,4)	72 (51,4)	<b>88 (62,8)</b>

Tabela III - Caracterização do comportamento promotor de saúde com base em práticas de atividade física.

Atividade física	Nunca	Raramente	Às vezes	Total Não Promotor de Saúde	Frequentemente	Sempre	Total Promotor de Saúde
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Pratico alongamento diário	33 (23,7)	42 (30,2)	38 (27,3)	<b>113 (81,2)</b>	14 (10)	12 (8,6)	26 (18,6)
Me exercito rigorosamente 30 minutos pelo menos três vezes por semana	52 (38,2)	30 (22)	24 (17,6)	<b>106 (77,8)</b>	9 (6,6)	21 (15,4)	30 (22)
Participo de aula de educação física na escola semanalmente	8 (5,8)	2 (1,4)	13 (9,5)	23 (16,7)	17 (12,4)	97 (70,8)	<b>114 (83,2)</b>
Faço aquecimento antes do exercícios rigorosos	19 (13,9)	24 (17,6)	21 (15,4)	64 (46,9)	20 (14,7)	52 (38,2)	<b>72 (52,9)</b>
Faço esforço para ficar em pé ou sentado com postura ereta e correta	13 (9,3)	23 (16,4)	49 (35)	<b>85 (60,7)</b>	33 (23,5)	22 (15,7)	55 (39,2)

Obs.: Os percentuais foram calculados de acordo com o número total de respostas para cada questão e não sobre o total da amostra.

# RESPONSABILIDADE SOCIAL, POLÍTICA E INCLUSÃO EM UNIVERSIDADES: ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE ACESSO PARA DISCENTES SURDOS EM FORTALEZA.

Fábio Luiz Benício Maia Nogueira

Mônica Mota Tassigny

Artur Gomes de Oliveira

Fabiana Pinto de Almeida Bizarria

## INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) estimam que no mundo existam 610 milhões de pessoas com deficiência, das quais 386 milhões (63,3%) fazem parte da população economicamente ativa e, dessas, 42 milhões têm algum tipo de deficiência auditiva ou são surdas. Ainda, segundo números da OMS (1994) e do Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o item deficiência auditiva/surdez, no Brasil, ocupa o terceiro lugar entre todas as deficiências do País, representando 23,92% do total da população que tem algum tipo de deficiência.

Na literatura pesquisada, não existem muitos dados atuais disponíveis sobre a inclusão de pessoas com deficiência em universidades. Há, ainda, um grande silêncio na história oficial quando se trata de abordar a trajetória de sujeitos surdos, em geral, excluídos da vida política, econômica e social brasileira.

Nesse particular, a Lei nº 10.861/04 explica que a Responsabilidade Social da IES se refere a sua contribuição em relação à inclusão social, ao desenvolvimento econômico e social, à defesa do meio ambiente, da memória cultural, da produção artística e do patrimônio cultural. (BRASIL, 2004, p.1).

A universidade brasileira passou por uma série de modificações nas últimas décadas no plano organizacional e político. Muitas evidências deste movimento podem ser encontradas em práticas de responsabilidade social que, por sua vez, visam a dar respostas à globalização, à economia e à nova ordem social, com suporte na qual as questões relacionadas ao meio ambiente e à exclusão social ganham relevância mundial. Esse novo cenário surge da avaliação e reflexão contínua da comunidade e resulta no despertar da consciência política e social sobre a importância de uma gestão social democrática e inclusiva.

Na mesma direção, houve grande expansão do ensino superior privado, organizado de forma profissional, focado no mercado, buscando resultados, principalmente em curto prazo. As organizações empresariais, como as de ensino superior privado, estão acostumadas a utilizar técnicas profissionais da gestão para conduzi-las aos seus objetivos organizacionais e, desta forma, é importante verificar como as IES colaboram de maneira socialmente responsável nesse andamento.

Desse modo, faz-se importante ressaltar que a universidade deve ser exemplo na sociedade, *locus* no qual as diferenças devem ser respeitadas e as potencialidades incentivadas, indo na contramão de um ideário individualista, competitivo, que nega espaço para as conquistas oriundas das lutas progressistas em favor dos movimentos inclusivos. Portanto, cabe a essas

instituições, que têm grande responsabilidade social perante a sociedade quanto à qualificação dos cidadãos e ao avanço do conhecimento, repensar suas estratégias e investir em pesquisas que contribuam para um maior entendimento dos desafios e a criação de contextos que favoreçam os processos inclusivos de acessibilidade às pessoas com deficiência.

Segundo informações do Ministério da Educação (BRASIL, 2006), embora poucos dos alunos com algum tipo de deficiência ingressem e permaneçam no ensino superior, é cada vez maior o número de alunos surdos admitidos às universidades. Nesse contexto, faz-se mister que instituições de ensino superior (IES) incluam esta população, com a tomada de decisão administrativa.

Esse processo vai implicar mudanças nas estratégias e serviços ofertados pelas universidades, visando a atender suas necessidades e a consequente inclusão desses discentes. Nesses termos, o papel da educação superior no contexto da inclusão social brasileira, especialmente na educação de surdos, afere contornos estratégicos, sobretudo quando se trata da inclusão de um contingente de 9.722.163, dos quais 3.075.000 estão na Região Nordeste e 526.838 no Estado do Ceará (IBGE, 2010).

Partindo desse quadro, faz-se importante investigar como as IES estão se preparando e que ações de responsabilidade social estão sendo elaboradas para receber a demanda da população surda. Considerando a inclusão, faz-se, ainda, necessário estabelecer caminhos efetivos no mundo contemporâneo, na criação de possibilidades inovadoras no campo da educação superior. Neste particular, torna-se imperativo, como

ponto de partida, dar ênfase às adequações curriculares quanto à comunicação do aluno surdo, desde a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), no contexto das universidades brasileiras.

A investigação sobre ações de inclusão em IES poderá contribuir para a melhoria do atendimento de alunos surdos nas universidades, bem como para a academia de uma maneira geral no que se refere ao mapeamento de estratégias administrativas que podem ser adotadas a fim de ensejar um ambiente propício à acessibilidade.

Desse modo, com este estudo pretende-se, assinados em pesquisa bibliográfica (com pressupostos teóricos com base em autores como Sorrentino (2006); Stainback (1999); Godoy (1995); Pinto (2001); Sá (2006); Valdés (2005); Guarinello (2004) etc) documental e de campo, de natureza qualitativa, responder ao seguinte questionamento: que ações de responsabilidade social adotadas pelas IES favorecem o processo de inclusão e acessibilidade de surdos em universidades? Assim, esta investigação visou a examinar as ações para a inclusão e acessibilidade de alunos surdos em organizações de ensino superior na cidade de Fortaleza.

Investigou-se o comportamento de duas universidades em Fortaleza: uma privada (universidade1) e outra pública (universidade 2), particularmente ações que se referem à inclusão e acessibilidade de surdos no ensino superior.

A temática desta pesquisa ajudará, não só, na disseminação de ações utilizadas pelas IES, mas também na identificação do perfil das instituições pesquisadas no que se refere à inclusão. Para que seja possível alcançar essa resposta, estratégias foram criadas com base nos pressupostos teóricos que serão men-

cionados. Especificamente, se objetiva: identificar e analisar as ações inclusivas desenvolvidas pelas IES para alunos surdos.

No Brasil, as investigações sobre políticas ou ações de inclusão para surdos no ensino superior ainda é restrita, tornando este campo de pesquisa, de cunho administrativo/educacional, novo e desafiador. Assim, a falta de produção científica sobre o estado das ações inclusivas na universidade e da educação superior bilíngue dificulta ainda mais a averiguação desta realidade. Dessa forma, mantêm-se uma lacuna a ser preenchida e o desenvolvimento deste trabalho contribui em novos estudos relacionados à área de inclusão e acessibilidade nas IES.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

A sociedade, para promover o bem comum, precisa estar amparada por leis, regulamentações, planos de governo e decisões do corpo político, para que possam ser criadas as políticas públicas que atendam às necessidades de todos. Com suporte nesse pressuposto, política pública pode ser compreendida como conjunto de decisões e ações de um governo, a fim de resolver situações consideradas prioritárias e de interesse público dentro de uma comunidade política.

Política pública pode ser entendida sobre várias perspectivas, mediante os estudos na área de conhecimento ou como produto. Para se entender a inclusão como política pública, é interessante iniciar com o significado dessa palavra, contextualizá-la na história. “A palavra política origina-se do grego e significa limite. Dava-se o nome de polis ao muro que delimitava a cidade do campo; só depois se passou a designar polis o que

estava contido no interior dos limites do muro”. (SORRENTINO et al., 2005, p. 3).

Na política pública, trabalha-se com atividades periódicas em várias etapas. A formulação de políticas públicas divide-se em cinco fases: Formação da Agenda; Formulação de Políticas; Processo de Tomada de Decisão; Implementação e Avaliação. Esta investigação acompanhará o produto deste método está sendo executado (SORRENTINO, 2005).

Gonçalves (2002) ensina o resgate desse significado de política como a arte de definir os limites, tendo como fim o bem comum. Assim, a inclusão, entendida como ação política e social deve ser estabelecida como política pública à medida que todos devem ter a as mesmas condições de acesso.

A pluralidade é a “condição pela qual” (*conditio per quam*) da política, implica e tem por função a conciliação entre pluralidade e igualdade. Quando entendemos política a partir da origem do termo, como limite, não falamos de regulação sobre a sociedade, mas de uma regulação dialética sociedade-Estado que favoreça a pluralidade e a igualdade social e política. (ARENDRT 2000 apud SORRENTINO, 2005. p. 4).

O estudo sobre políticas públicas como área de conhecimento e disciplina acadêmica surgiu nos Estados Unidos, com ênfase no acompanhamento das ações de governo, sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado. Já na Europa, os estudos e as pesquisas nessa área se concentravam mais na análise sobre o Estado e suas instituições do que na produção do Governo. Dessa forma, para

Souza (2007), o estudo sobre políticas públicas surge como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre a funcionalidade, tanto do Estado como do Governo.

Conforme observa Souza (2007), muitos são os modelos desenvolvidos para se compreender melhor como e por que o governo faz ou deixa de fazer alguma ação que repercutirá na vida dos cidadãos. Os processos relacionados ao “como” e ao “por que” estão associados à implementação. São as variações de implementação dos programas governamentais que Silva e Melo (2000), apud Sorrentino (2005), discutem sobre as dimensões cruciais para a explicação do insucesso dos governos em atingir os objetivos estabelecidos no desenho das políticas públicas. Nessa obra, os autores definem que a implementação tem como função executar atividades que visam à prática de ações definidas juntamente com a formulação de políticas por meio de metas definidas, recursos e horizonte temporal da atividade planejada. A política pública se preocupa com a ação na sociedade e a inserção de qualidade e planejamento eficiente.

1. Na perspectiva de Silva e Melo (2000, p. 11), a implementação é uma etapa “frutífera” de formulação política.
2. A implementação, portanto, “cria” políticas: a implementação de políticas, constantemente, orienta novas políticas. Como a implementação implica em tomada de decisões, ela própria se constitui em fonte de informações para a formulação de políticas.

## **Universidade e Política Pública**

Em 1988, foi promulgada a Constituição Brasileira, que estabeleceu a educação como direito de todos e dever do Estado e da família como um dos princípios das políticas públicas educacionais, reservando a oferta de ensino superior como livre à iniciativa privada, desde que atendessem às condições de cumprimento das normas gerais da educação nacional e avaliação de qualidade, pelo Poder Público.

Em 1996, a LDB redefiniu o papel do ensino superior no Brasil, no sentido de ampliar o caráter científico e social das universidades. Em 2005, já no governo Lula, foi instituído o Programa Universidade para Todos (PROUNI) - criado em 2004, cujo objetivo é conceder bolsas de estudo integrais e parciais em cursos de graduação e sequenciais de formação específica, em instituições privadas de educação superior. Essa iniciativa foi importante do ponto de vista da inclusão, na medida em que favoreceu a admissão de estudantes de baixa renda, oriundos de escolas públicas ou privadas, ao ensino superior.

Essa ação governamental alavancou o percentual de matrículas nas IES do setor privado em 74,6%, conforme dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), de 2007. Paralelo a isso, o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) – instituído em 2007 - ampliou o número de vagas nas IES.

A Constituição Federal de 1998 defende o atendimento às pessoas surdas, que deve ser procedido, preferencialmente, na rede regular de ensino e não separadamente. Para que isso seja efetivado, porém, é necessário que as instituições e profes-

sores tenham conhecimentos e qualificação profissional específica, a fim de facilitar o acolhimento das pessoas surdas dentro das IES por meio de estratégias de acessibilidade e atendimento especializado de qualidade.

Inicialmente, existia uma grande dificuldade na elaboração e implantação de políticas públicas voltadas para a educação superior dos surdos. Os surdos eram privados do direito à da comunicação, ação, sem oportunidade de serem reconhecidos. Com o passar do tempo, a consciência política foi se expandindo e encontrando informações concretas, bem como a exigência da sociedade, fazendo com que ela exigisse a aceitação dessa soltura de burocracia e aproveitar esse momento para colocar a base do conhecimento e valorização dos trabalhos gerados pelas IES.

A inclusão é uma ação ocorrente de forma gradativa. Por isso, vale ressaltar que para atingi-la é preciso, primeiramente, tomar atitudes a fim de criar espaços que possam receber a diversidade e potencialização das diferenças. Nesses termos, a convivência e a partilha são meios de acabar com os preconceitos, sobretudo as barreiras atitudinais.

A experiência de inclusão de surdos em IES é recente. Dados do Censo Demográfico Escolar de 2006 demonstram que, de 2003 a 2005, as matrículas de alunos no ensino superior aumentaram 136%, tendo atualmente cerca de 12 mil alunos. Isto revela que o processo está acontecendo de forma positiva, pois o fato de a quantidade de matrículas haver aumentado, indica que o avanço de experiência e conhecimento das ações políticas voltadas a pessoas surdas e com deficiência já mostra resultados positivos.

A política nacional para a inclusão das pessoas com deficiência preconiza respeito a estas, afirmando igualdade de oportunidades. No que se refere à matrícula daqueles com necessidades especiais no ensino regular, o Decreto 3.298/99, em seu art. 24, estabelece que a matrícula deva ter caráter compulsório para estes e oferta obrigatória e gratuita da Educação Especial em estabelecimentos públicos de ensino.

### **Políticas de Inclusão para Pessoa com Deficiência na Educação Superior**

Para obter conquistas para as pessoas com deficiências, foi preciso esbarrar em lutas, barreiras, exclusões, porém essa luta resultou na convenção para pessoas com deficiência e Declaração Mundial de Educação para Todos, cujo objetivo foi assegurar, por via da lei, os direitos e o respeito que ainda precisam ser postos em prática mediante ações apropriadas. A Declaração de Salamanca e a de Guatemala são exemplos específicos dessas lutas. Desse modo, a convenção sobre as pessoas com deficiência é expressa como elemento complementar deste movimento. No Brasil, o movimento de inclusão de surdos ganhou forças com o advento da Lei n 10.436, de 2002, e do decreto 5.626, de 2005, que permitiram maior legitimidade às ações de luta por inclusão social das pessoas com deficiência auditiva e surdas.

Segundo Valdés (2005), até o início da década de 1980, poucas pessoas com deficiência tinham acesso à educação superior no Brasil. Isto está associado, inclusive, ao não acesso desta população à educação básica e aos serviços de reabilitação, o que indica neste período sua exclusão dos direitos sociais básicos.

Vale ressaltar que, nesta mesma década, com a instituição do Ano Internacional da Pessoa com Deficiência (1981) e da criação da Década das Nações Unidas para a Pessoa com Deficiência (1983-1992), iniciou-se toda uma discussão sobre o estado de exclusão social vivenciado por estas pessoas, o que ocasionou ampliação do número de acessos à educação superior. As formas de acesso, porém não eram adaptadas, ou seja, apenas candidatos com deficiência que apresentassem necessidades educacionais especiais que não exigiam mudanças mais acentuadas nos processos seletivos obtinham sucesso (SAS-SAKI, 2001). Soma-se a isto o fato de as IES não proverem a quebra de barreiras arquitetônicas, atitudinais e de aprendizagem, visando à permanência, com sucesso, deste aluno na educação superior. Isto ocorria até mesmo porque a legislação específica relativa a esta questão era inexistente (VALDÉS, 2005).

O Governo brasileiro desenvolve ações com o objetivo de ampliar o acesso às universidades, com ênfase nas públicas, por meio de medidas diversas, como aumento do número de vagas, estímulo do ensino a distância, financiamento de estudos, criação de cursos, de programas de assistência estudantil e de políticas de cotas para ingresso nas universidades. Atualmente, existem três documentos legais que exemplificam como o Governo brasileiro se preocupou, nos últimos anos, com a garantia dos direitos da pessoa com deficiência à educação superior, quais sejam, as Portarias nºs 1.679/99 e nº. 3.284/03, bem como o Decreto 5.296/04. Essas formas de acesso privilegiam mudanças nas edificações, no espaço, no mobiliário e nos equipamentos. Esses normativos beneficiam mudanças nas edificações, no espaço, no mobiliário e nos equipamentos.

O Brasil reformula a legislação conhecida como Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 1996, na qual há um claro posicionamento pela inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais, preferencialmente, em classes comuns de escolas “comuns” em todos os níveis e etapas do ensino.

Outro instrumento legal que faz referência à inclusão de pessoas com deficiência é o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990), cujo artigo 54 prevê que “cabe ao Estado garantir a criança e ao adolescente, portadores de deficiência, o atendimento educacional especializado preferencialmente na rede regular de ensino”. Segundo o Plano Nacional de Educação (2001) – Lei nº. 10.172/01 – a previsibilidade do desenvolvimento de programas educacionais em todos os municípios, no que toca aos aspectos de infraestrutura adequada para o atendimento nas escolas, formação inicial e continuada dos professores para o atendimento às necessidades dos alunos e disponibilização de recursos didáticos especializados de apoio à aprendizagem na área visual e auditiva – estes devem ser buscados com o compromisso de enfrentar o desafio de estabelecer coletivamente as condições necessárias para o atendimento à diversidade dos assistidos.

## **METODOLOGIA**

Esta é uma pesquisa bibliográfica, documental de campo, de natureza qualitativa, com base em estudo de caso (GOODE; HATT, 1996) múltiplo. A análise dos dados e a triangulação de dados, com a tríade pesquisa participante, questionários e documentos, foram realizadas via escala psicométrica, do tipo Likert de 1 a 5, distribuída em 20 perguntas, divididas em cinco seções (categorias), preenchida pelos pes-

quisados, cujas respostas demonstram da “total satisfação” ao “total desconhecimento” sobre o tema. Também foram usadas técnicas de Análise Temática (MINAYO, 2010) e de Pesquisa Participante (BRANDÃO, 2006).

Investigou-se o comportamento de duas universidades em Fortaleza: uma privada (universidade 1) e outra pública (universidade 2), particularmente ações que se referem a inclusão e acessibilidade de surdos no ensino superior.

A pesquisa foi realizada em duas etapas, sendo a primeira constituída por um mapeamento das instituições pesquisadas mediante investigação e análise documental, a fim de identificar as ações realizadas pelas IES voltadas à inclusão. Na segunda etapa, as ações se desenvolveram com origem na análise dos questionários aplicados nas duas IES, com ênfase nas questões acerca das ações, gestão, iniciativas e propostas à inclusão e acessibilidade de alunos surdos ao ensino superior.

A amostra constituiu a participação efetiva de 14 respondentes surdos pertencentes às universidades pesquisadas: sete da universidade 1 e sete da universidade 2. Ainda se obteve resposta de um vice-reitor de Pesquisa e Pós-Graduação; um pró-reitor de Pesquisa e Pós-Graduação; um vice-reitor de Graduação; um pró-reitor de Graduação; dois intérpretes educacionais de LIBRAS; dois docentes de LIBRAS; dois alunos graduandos surdos; dois alunos mestrands surdos e dois alunos doutorandos ouvintes.

A análise de todos os dados possibilitou responder os objetivos propostos. Ainda na análise documental, foram utilizadas como parâmetro as observações elaboradas por Richardson (2009). Com relação aos questionários, as observações de

Yin (2005) e de Rampazzo (2002) colaboraram na interpretação, além de Minayo (2010) na técnica da triangulação e análise de dados qualitativos.

Da pesquisa qualitativa se tem parte da obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto do estudo. Para Oliveira (2002, p. 116) “o método qualitativo não tem a pretensão de numerar ou medir unidades ou categorias homogêneas, sendo assim não empregando dados estatísticos como centro do processo”.

Na visão de Godoy (1995, p.25) “o estudo de caso busca ao exame detalhado de um ambiente, de um sujeito ou de uma situação em particular”. Amplamente usados em estudo de Administração, a estratégia de estudo de caso tornou-se a modalidade preferida daqueles que procuram saber como e por que certos fenômenos acontecem ou dos que se dedicam a analisar eventos sobre os quais a possibilidade de controle é reduzida ou quando os fenômenos analisados são atuais e só fazem sentido dentro de um contexto específico.

Para Yin (2001, p.32), o estudo de caso é um dos meios de se fazer pesquisa em ciências sociais. É utilizado como forma de estabelecer um conhecimento sobre pessoas, organizações, sociedade e fenômenos políticos. Segundo o autor, um estudo de caso é uma investigação empírica que “(...) investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

A coleta de dados foi iniciada em 15 de agosto de 2011, por meio de um questionário semiestruturado, elaborado pelos autores, baseado em Agarwal e Karahanna (2000). A finali-

dade do questionário foi a de colher dados, que evidenciassem, com base nas respostas dos sujeitos da pesquisa, de ambas as universidades (1 e 2), o que era conhecido sobre as seguintes variáveis: currículo, LIBRAS, programas de responsabilidade social, pesquisa do nível de satisfação dos surdos, oferta da disciplina de LIBRAS, planos e projetos voltados para inclusão e acessibilidade de surdos, professores e gestores; planejamentos e didática, uso da Lei de LIBRAS 10.436/02 e do Decreto 5.626/05 na formação dos discentes surdos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Na conjuntura contemporânea, a implementação de políticas educacionais voltadas para inclusão de alunos com deficiência auditiva (DA) e surdos é uma realidade por meio da educação especial, atualmente chamada de educação inclusiva. Este “encontro” da educação especial com a educação comum inaugurou um movimento denominado educação inclusiva. Este movimento não surgiu ao acaso, mas é resultado das transformações ocorridas nas atitudes sociais que foram se estabelecendo ao longo da história, em relação ao tratamento concedido às pessoas surdas. Afinal, não se pode falar sobre educação especial sem pensar na questão das particularidades, isto é, das necessidades educacionais especiais.

Conforme o Ministério da Educação (MEC) /Secretaria de Educação Especial (SEESP): “A Educação Especial deve ocorrer nas escolas públicas e privadas da rede de ensino, com base nos princípios da escola inclusiva. Essas escolas, portanto, além do acesso à matrícula, devem assegurar as condições para o sucesso escolar de todos os alunos”. (BRASIL, 2001, p. 17).

É cada vez maior o número de estudantes surdos que ingressam no ensino superior no Brasil. Segundo dados do Ministério da Educação (MEC), em 2003, apenas 665 surdos frequentavam a universidade. Em 2005, esse número aumentou para 2.428, entre instituições públicas e privadas (BRASIL, 2006). A maior presença de estudantes surdos em contextos universitários é recente, e decorre de fatores diversos, entre os quais: o reconhecimento, desde meados da década de 1990, do *status* de língua para a Língua Brasileira de Sinais (BRASIL, 2005); o desenvolvimento de propostas de educação bilíngue de qualidade para surdos; e um momento histórico no qual políticas públicas de inclusão propiciam o aumento ao acesso e a participação ativa de pessoas com necessidades especiais em variados contextos sociais.

Contribuindo, Stainback (1999, p. 30) traz uma reflexão relativa à “acessibilidade” desses espaços educacionais inclusivos. Sobre o aumento ensina que “A inclusão genuína não significa a inserção de alunos com deficiência em classes do ensino regular sem apoio para professores e alunos [...] o principal objetivo do processo inclusivo não é economizar dinheiro: é servir adequadamente a todos os alunos.”

Atualmente, alguns autores (PINTO, 2001; SÁ, 2006) apresentam o surdo como sujeito de cultura e identidade específica - diferente, mas não deficiente. A concepção socio antropológica da surdez na pós-modernidade define os surdos como pertencentes a uma comunidade linguística minoritária, que utiliza e compartilha uma língua de sinais, valores, hábitos culturais e modos de socialização próprios. Desde modo, a surdez passa, assim, a ser vista como diferença e não deficiência (GUARINELO, 2004).

A experiência de inclusão de surdos em universidades é recente. Dados do Censo Demográfico Escolar de 2006 demonstram que de 2003 a 2005, as matrículas de alunos no ensino superior aumentaram 136%, tendo atualmente cerca de 12 mil alunos. Isto revela que a inclusão está acontecendo de forma positiva, embora lenta, pois o fato de a quantidade de matrículas haver aumentado indica que o avanço de experiência e conhecimento das ações políticas voltadas a pessoas surdas e com deficiência já mostra resultados positivos.

Obviamente, ao acolher alunos especiais, as instituições precisam, primeiramente, saber como trabalhar com esses estudantes e como devem lidar com eles; os professores precisam estar aptos a utilizar metodologias adequadas, para que esses alunos se sintam como qualquer outro aprendiz. Espera-se, pois, receber profissionais qualificados e especializados a fim de educar e ensinar em nível superior.

No Brasil, o movimento de inclusão de surdos ganhou forças com o advento da Lei n 10.436 de 2002 e do Decreto 5.626, de 2005, que permitiram maior legitimidade às ações de luta por inclusão social das pessoas com deficiência auditiva e surdas.

Com efeito, as instituições devem prever ações que priorizem a garantia da acessibilidade em todos os espaços da instituição, seja nas comunicações, seja nos sistemas de informações, nos portais e até nos endereços eletrônicos. Estas medidas devem alcançar ainda os materiais didáticos, pedagógicos, inclusive os mobiliários. Por isso, é imperativo buscar ações que criem culturas inclusivas, a fim de produzir políticas materializadas em práticas inclusivas que se voltem à potencia-

lização das diferenças, tendo a “diferença” como referência do ensino. Somente com suporte nesta aceitação é que as diferenças serão assistidas, e tal aceite provocará uma escola inclusiva. De tal modo, ser cidadão também supõe a apropriação do saber histórico, da representação do conhecimento acumulativo, do reconhecimento de seus símbolos e códigos, instrumentos indispensáveis ao pleno exercício da cidadania (ROSS, 1998; GRASSI, 2009).

Partindo deste pressuposto, seguem as respostas de discentes surdos, coordenadores, professores e gestores dadas aos questionários, indicadas no Quadro 1, com ênfase nas questões acerca das ações, gestão, iniciativas e propostas para a inclusão de alunos surdos, observando os pressupostos teóricos, com base em autores como Stainback (1999); Guarinelo (2004); Pinto (2001); Sá (2006) .

Quadro 1 – resultados obtidos na pesquisa.

	Resultados em %					Universidade
	Desconhece	ruim	Regular	bom	ótimo	
Conhecimento de Didática e currículo.		14,28	42,85	28,59	14,28	1
	28,60	28,60	14,28	14,28	14,28	2
Instruções ou mídias sobre processos seletivos em LIBRAS.	28,59	14,28	42,85	14,28		1
	42,88	28,60	14,28		14,28	2
Disciplina sobre responsabilidade social e políticas públicas de inclusão.	14,28	28,59	14,28	42,85		1
	14,30		42,85	42,85		2
Ações visando a inclusão de pessoas surdas.	14,28		42,85	28,59	14,28	1
	14,28	14,28	42,85	28,59		2
Critérios e metodologias para combater a exclusão social.	14,28		28,59	42,85	14,28	1
	28,60		14,28	57,12		2

Documentos internos obedecem à legislação sobre inclusão.	14,28	42,85	28,59			1
	57,16	14,28	14,28	14,28		2
Participação dos docentes surdos nas atividades acadêmicas.			28,56	42,88	28,56	1
	28,56		42,88	28,56		2
Avaliação e diagnóstico do mapa da inclusão/exclusão dos surdos.	14,28	14,28	14,28	42,85	14,28	1
	28,56	14,28	42,88	14,28		2
Pesquisas sobre o nível de satisfação dos alunos surdos.	28,59		14,28	57,12		1
	28,60	14,28	42,84	14,28		2
Existência de órgão específico e a disponibilidade de tradutores de LIBRAS	14,28		28,59		57,12	1
			14,28	71,44	14,28	2
Proporcionar oportunidade de formação aos membros da comunidade	14,28	42,85		28,59	14,28	1
	14,28		28,59	42,85	14,28	2
Uso da Lei de LIBRAS				42,85	57,15	1
	14,28	14,28		42,85	28,59	2
Possuir programas e ações de responsabilidade social			57,12	42,85		1
	14,28		28,59	42,85	14,28	2

Fonte: Elaborado pelos autores (2012)

## CONCLUSÃO

Este estudo visou a analisar as ações políticas e de responsabilidade social adotadas para a inclusão e acessibilidade de alunos surdos em organizações de ensino superior em duas universidades da cidade de Fortaleza. Com origem nos objetivos deste trabalho, assim como do estudo realizado, foi possível inferir que a universidade assume papel de relevância como organismo difusor e multiplicador de ações inclusivas.

Embora resultantes de variadas motivações e formas de ação, as políticas de inclusão foram elaboradas e implantadas em ambas as instituições pesquisadas com distintos resultados, apontando para condições cada vez mais apropriadas ao acesso de surdos ao ensino superior.

Percebeu-se, também, sensibilidade das instituições de ensino superior em viabilizar a acessibilidade aos surdos, como parte concreta da responsabilidade social no âmbito de sua ação, notando-se maior atenção, aplicação de conceitos e resultados por parte da universidade privada pesquisada. Entende-se, contudo, que para a efetiva legitimação do processo de inclusão e acessibilidade, as instituições analisadas necessitam buscar outros instrumentos, como maior oferta de disciplinas e profissionais de LIBRAS, como exemplo.

Os resultados encontrados e as reflexões desenvolvidas neste estudo pretendem facilitar o entendimento sobre a temática da pesquisa, e com isso, contribuir para o surgimento de ideias e práticas administrativas que visem a fomentar a inclusão e acessibilidade de surdos nas IES.

## REFERÊNCIAS

AGARWAL, R., KARAHANNA, E. Time flies when you're having fun: Cognitive Absorption and beliefs about information technology usage. **MIS Quarterly**, 2000, v. 24, n. 4, p. 665-694.

BRANDÃO, C. A pesquisa participante e a participação da pesquisa: um olhar entre tempos e espaços da América Latina. In: BRANDÃO, C.; STRECK, D. (Orgs.). **Pesquisa participante: o saber da partilha**. Aparecida: Idéias & Letras, 2006, p. 21-54.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei n. 9394/96. Brasília, 1996.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1998.

BRASIL. Política nacional para integração da pessoa portadora de deficiência. **Decreto nº 3.298**, de 20 de dezembro de 1999. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www.rnsites.com.br>>. Acesso em: 23 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica**. Parecer CNE/CEB n.017/2001.

BRASIL, LEI Nº 10.436, DE 24 DE ABRIL DE 2002, dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais. Disponível em: <http://www.leidireto.com.br/lei-10436.html>. Acesso em: 12/07/2012.

BRASIL. **Decreto nº 5.626/05**, de 22 de dezembro de 2005. Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm)>. Acesso em: 2 set. 2011.

BRASIL. Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP. **Censo Escolar**. 2006. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br/basica/censo/default.asp>>. Acesso em: 28 fev. 2011.

BRASIL. Regulamenta a profissão de Tradutor e Intérprete da Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS. **Lei nº 12.319**, de 1º de setembro de 2010. Brasília. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2007-2010/2010/Lei/L12319.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2010/Lei/L12319.htm)>. Acesso em: 17 jan. 2012.

BRASIL . **Censo da Educação Superior**. Brasília: INEP/MEC, 2010.

BRASIL . **Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos/ Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Ministério da Educação, Ministério da Justiça, UNESCO, 2007. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/sedh/edh/pnedhpor.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. **Evolução da educação especial no Brasil**. Brasília: Secretaria de Educação Especial, 2007. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/brasil.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura - MEC. **Programa Diversidade na Universidade**. 2005. Disponível no site: <<http://www.mec.gov.br/semtec/diversidade2005>>. Acesso em: 15 jan. 2011.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas - RAE**, São Paulo, 1995, v.35, n.2, p. 57-63, mar./abr.

GOFFREDO, V. L. F. S. A Inclusão da pessoa surda no ensino superior. Fórum, Rio de Janeiro, 2004, v.10, p.16-22, dez.

GONÇALVES, C. Natureza e sociedade: elementos para uma ética da sustentabilidade. In: QUINTAS, J. (Org). **Pensando e praticando a Educação Ambiental**. Brasília: Ibama, 2002.

GONÇALVES, L. A. **Direitos Fundamentais Sociais e o Controle Jurisdicional das Políticas Públicas**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação da Universidade Estadual do Norte

do Paraná - Faculdade Estadual de Direito do Norte Pioneiro, Jacarezinho, 2009.

GUARINELLO, A. **O papel do outro no processo de produção escrita por sujeitos surdos.** 2004. Tese (Doutorado em letras) – Universidade Federal do Paraná, Paraná, 2004.

GRASSI, . **A inclusão de surdos na universidade** – um estudo de caso. 2009. 45f. Monografia (Especialização em educação Profissional Tecnológica Inclusiva) – Centro Federal de Educação Tecnológica de Mato Grosso (CEFET-MT), Cuiabá, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (IBGE) Brasília: Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 4 maio 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde** - CIF. 1994.

MINAYO, M. Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento-** pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PINTO, P. Identidade Cultural Surda na Diversidade Brasileira. **Espaço**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 34-41, 2001.

RAMPAZZO, L. **Metodologia Científica.** São Paulo: Edições Loyola, 2002.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social:** métodos e técnicas. 3. ed., São Paulo: Atlas, 2009.

SÁ, N. **Cultura, poder e educação de Surdos**. São Paulo: Paulinas, 2006.

SASSAKI, R. **Conferência: Paradigmas Educacionais para uma Sociedade Inclusiva**. São Paulo: IASP, 2001.

SILVA, C. **Responsabilidade Social nas Universidades Brasileiras: Autonomia ou adequação?** 2008. 109 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2008.

SILVA, P. MELO, M. **O Processo de Implementação de Políticas Públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos**. Campinas: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – UNICAMP. Caderno de Pesquisa, n. 48, 2000.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In.: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007, p. 65-86.

ROSS, P. Educação e trabalho: a conquista da diversidade ante as políticas neoliberais. In: BIANCHETTI, L.; FREIRE, I. **Um olhar sobre diferença: interação, trabalho e cidadania**. Campinas: Papirus, 1998.

SORRENTINO, M.; TRAJBER, R.; MENDONÇA, P.; FERRAÇO JR., L. Educação Ambiental Como Política Pública. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 285-299, maio/ago. 2005.

STAINBACK, S. **Deficientes auditivos e escolaridade: fatores diferenciais**. 1999. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/pedagogia/artigos/7862/deficientes-auditivos-e-escolaridade-fatores-diferenciais>>. Acesso em: 13 maio 2011.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Editora Bookman, 2001.

VALDÉS, M. *et al.* **A Integração das Pessoas com Deficiência na Educação Superior no Brasil**. Fortaleza: UFC, 2005. Disponível em: [http://www.iesalc.unesco.org.ve/programas/Discapacitados/Informe\\_Brasil%20Discapacitados.pdf](http://www.iesalc.unesco.org.ve/programas/Discapacitados/Informe_Brasil%20Discapacitados.pdf). Acesso em: 26 nov. 2011.

VALLAEYS, F. O Que Significa a Responsabilidade Social Universitária. **Revista Estudos**, Brasília, n. 36, p. 29, 2006.

# O CINEMA COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO AMBIENTAL E ANÁLISE DO DISCURSO AMBIENTALISTA DE *WALL-E*

Juan Nadson Marques Melo

Sylvia Cavalcante

## A QUESTÃO AMBIENTAL EM EVIDÊNCIA

Atualmente, as discussões acerca da temática ambiental destacam-se na mídia, nas escolas, nas universidades e nas ruas, algumas vezes restritas a aspectos de cunho técnico, caracterizadas pelo emprego de termos científicos e dados estatísticos, outras vezes, emergindo em conversas informais e despreten-siosas. Sobre as expressões comumente adotadas pelos veículos e pessoas que protagonizam essas discussões, Picoli (2008) assim se posiciona:

Aquecimento global, liberação de dióxido de carbono, derretimento das geleiras, preservação de espécies, recursos hídricos, destruição das florestas, entre outros, são termos presentes na mídia e muito freqüentes em grupos de discussão. São assuntos que exigem a tomada de consciência em favor da preservação e alastram a preocupação com as conseqüências da exploração desmedida dos recursos naturais. (P.101).

Os impactos negativos provocados à natureza pelo homem se intensificaram com a Revolução Industrial, ocorrida em meados do século XVIII, no Reino Unido, espalhando-se

pelo mundo desde o século XIX. Evidências de que a humanidade se deu conta das transformações irreversíveis que a industrialização, e suas consequências, causam à natureza só se tornam pertinentes, no entanto, na segunda metade do século XX, principalmente na década de 1970, quando aconteceu na Suécia a Primeira Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente, promovida pela Organização das Nações Unidas [ONU] e que contou com a participação de dezenas de Estados.

Na verdade, na vigência da ordem mundial bipolar, operada pelos Estados Unidos e pela União Soviética, a questão ambiental ainda era considerada secundária. Somente os movimentos ecológicos e alguns cientistas alertavam a humanidade sobre os riscos de catástrofes ambientais. A grande preocupação dos governos – em especial das grandes potências mundiais – era com a Guerra Fria, com a oposição entre o capitalismo e o socialismo. O único risco que parecia existir era o da terceira guerra mundial, uma guerra atômica entre as superpotências de então. O final da bipolaridade e da guerra fria, porém, veio alterar esse quadro. Nos anos 1990, a questão do meio ambiente tornam-se essencial nas discussões internacionais e nas preocupações dos Estados quanto ao futuro.

Findada a tensão causada pela ameaça de uma terceira guerra mundial, a questão ambiental foi situada como um dos mais importantes riscos à estabilidade mundial na nova ordem. Os governos perceberam que as ameaças de catástrofes ecológicas eram sérias e precisavam ser enfrentadas. Preservar um meio ambiente sadio passa a ser condição indispensável para se garantir um futuro tranquilo para as próximas gerações.

Em 1992, ocorreu a Segunda Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente, a ECO-92 ou RIO-92, realizada no

Brasil 20 anos depois da primeira, que contou com maior número de participantes – quase cem Estados-nações – políticos com poder de decisão e cientistas de alta expressão, enviados pelos governos de seus países (VIANA, 2004).

O fruto dessa preocupação mundial com o meio ambiente e das iniciativas nacionais destinadas a sua preservação foi o ingresso das temáticas ambientais nas universidades, com a criação de núcleos de pesquisa, disciplinas e programas de curso de especialização e pós-graduação, bem como a criação de movimentos pró-ambientais, organizações, movimentos ecológicos e partidos denominados “verdes”, que defendem uma política orientada para uma nova relação entre a sociedade e a natureza.

No Brasil, na década de 1970, as atenções ao meio ambiente na esfera governamental estiveram voltadas para a criação e reestruturação de secretarias de governo nos estados e municípios e comissões específicas do Poder Legislativo, órgãos dedicados a preservação, fiscalização e planejamento ambiental.

Na esfera econômica, porém, as restrições e as novas políticas ambientais governamentais são conflitantes com as estratégias de desenvolvimento apoiadas na implantação de indústrias poluentes, como a petroquímica, e na instalação de grandes projetos energético-minerais. Ainda que a preocupação ambientalista por parte dessas empresas seja um diferencial mercadológico, as novas políticas são um entrave ao seu desenvolvimento e implantação.

No fim da década de 1970, surgiram grupos, concentrados, em sua maioria, nas regiões Sul-Sudeste, compostos por ativistas que desenvolveram, em comunidades alternativas rurais, atividades de Educação Ambiental, trabalhos de pro-

teção e recuperação de ambientes degradados, de proteção a ambientes ameaçados, além de denunciarem os problemas de degradação ambiental, apoiados por um número restrito de simpatizantes. Nesse período de implantação e consolidação, seu trabalho estava centrada na denúncia e na conscientização pública da destruição do meio ambiente, principalmente com enfoque local. Em alguns casos foram desenvolvidas campanhas de abrangência regional, e mesmo nacional, como foi o caso da campanha de denúncia contra o desmatamento da Amazônia em 1978, da luta contra a inundação de Sete Quedas no rio Paraná (1979-1983), da oposição à construção de usinas nucleares (1977-1985) e do empenho pela aprovação de leis que controlassem o uso de agrotóxicos (1982-1985). Muitas dessas disputas tiveram repercussão no Exterior e foram referência relevante para a multiplicação das pressões exercidas contra o Governo brasileiro durante os anos finais do regime autoritário, no início da década de 1980. Essas lutas foram intensificadas pela volta de ativistas políticos ao País após a anistia, bastante influenciados pelos movimentos ambientalistas da Europa e dos Estados Unidos.

É inegável o papel fundamental dos meios de comunicação na disseminação do pensamento pró-ambiental, que, nos seus mais diferenciados veículos e suportes, investem em temáticas relacionadas à instabilidade climática e à degradação ambiental. Tais veículos, de acordo com suas estéticas e linguagens próprias, cumprem o papel de meios de compreensão do mundo e convergem seus interesses para a disseminação do ambientalismo.

De acordo com Fernandes e Sousa (2002), os meios imprimem velocidade, ubiquidade e penetrabilidade à men-

sagem, tornando-a poderosa em escalas e níveis inimagináveis. Partindo-se desse contexto, é possível acentuar que o domínio da informação está diretamente ligado ao poder de interferir e reorientar as relações das pessoas e da sociedade como um todo com a natureza, donde se pode inferir que a influência dos meios leva a humanidade a tomar conhecimento dos problemas ambientais e a procurar rediscutir os seus modelos de desenvolvimento e de atuação no meio ambiente.

A participação dos meios de comunicação na difusão do conhecimento é denominada midiática, atuando como referencial do mundo exterior, um sistema de representações que interage com o conhecimento pessoal direto adquirido pela pessoa, por meio de sua formação cultural, convivência social e experiência própria, o que lhe confere influência significativa na constituição e difusão de ideias e representações sociais.

São os meios de comunicação responsáveis pela ampla divulgação de informações sobre a problemática ambiental, tornando-se elementos essenciais para a descoberta de caminhos que levem à solução de conflitos de interesses políticos e econômicos, além de transporem limites para a configuração de uma visão globalizante do meio ambiente.

Dentre os meios de comunicação e seus tantos suportes, os que se valem da imagem como veículo de transmissão de ideias, a exemplo da televisão, da mídia impressa, da publicidade e do cinema, impulsionam e potencializam ainda mais a discussão sobre a formalização da temática referida. É evidente que as sociedades atuais estão cada vez mais orientadas para (e por) uma cultura visual e, por isso, as imagens se tornam fatores imprescindíveis para a credibilidade das informações (PICOLI, 2008).

A linguagem audiovisual tem particular importância para este trabalho, pela possibilidade de oferecer uma reflexão crítica na abordagem de temas recorrentes, como a degradação ambiental pela atividade humana e todas as variáveis que permeiam essa questão.

Objetiva-se, pois, analisar o discurso ambientalista do filme de ficção científica *Wall-E*<sup>9</sup> e sua possível utilização em sala de aula como subsídio às práticas escolares no processo de conscientização-Educação Ambiental.

O próximo tópico detalhará a relação entre o discurso ambientalista e o cinema, uma das formas que assume a referida linguagem audiovisual.

## **CINEMA AMBIENTALISTA E CONSCIENTIZAÇÃO AMBIENTAL**

Da mesma forma como cocorre na atualidade, o cinema, ao ser inventado em 1895, não tinha o objetivo de conscientizar o espectador sobre alguma questão, mas de lhe propiciar um momento de lazer. Com o tempo, tendo em vista a reflexão crítica que muitas vezes apresenta sobre a realidade, descobriram-se as possibilidades educativas desse meio, que passou a ser utilizado como subsídio pedagógico. Um filme pode ter muitos contextos, interpretações, signos e significados, e, no espaço pedagógico, o cinema pode ser utilizado como processo e método de ensino-aprendizagem, produzindo significados por meio dos signos.

A Semiótica, teoria conhecida como doutrina dos signos, surgiu no início do século XX com os pesquisadores

<sup>9</sup> Filme escrito e dirigido por Andrew Stanton, lançado no Brasil em 2008.

Ferdinand de Saussure (1857-1913) e Charles Sanders Peirce (1839-1914). É tarefa da Semiótica a interpretação dos significados dos signos e compreende, em suas teorias, os aspectos mais relevantes que atuam durante a atividade interpretativa do leitor, tocado pelas realidades diferentes do texto.

Para Peirce (1972), cientista e filósofo que tratou, especialmente, dos estudos de Semiótica, um signo é aquilo que, sob certo aspecto ou modo, representa algo para alguém e cria na mente dessa pessoa um signo equivalente ou um mais desenvolvido.

A teoria semiótica de Peirce (1972) classifica os fenômenos que circundam o homem em três níveis: a “Primeiridade” (o signo em si mesmo), a “Secundidade” (o signo com seu objeto) e a “Terceiridade” (o signo com seu interpretante). Ao se considerar uma pesquisa que analisa signos, toma-se a imagem como nível de “Secundidade” do signo, e examina-se o signo e seu significado em relação ao seu objeto, a imagem.

Segundo Gomes (2006), o material do cinema são as imagens, nas quais se identifica a existência de uma relação de comunicação entre o espectador e o filme. As imagens promovem um processo comunicativo que guia a pessoa a interpretar e atribuir significação ao filme. O espectador, que vivencia os efeitos expressivos do cinema, muitas vezes identifica-se de algum modo com a obra exposta e assume papel ativo. Bona (2008) diz ser relevante caracterizar o cinema como forma comunicativa que depende do espectador para ter significado, pois os filmes possuem textos e intertextos que o levam a conferir sentido à obra.

Guido e Bruzzo (2011) afirmam que a percepção do potencial da imagem como instrumento de educação é anterior ao cinema. Antes da invenção do cinematógrafo, foram exploradas várias possibilidades, com as lanternas mágicas, que combinavam as imagens fixas com efeitos luminosos e sonoros. Os educadores e políticos de diversos países, épocas e tendências exploraram e promoveram a produção de películas segundo os variados entendimentos do que era adequado e educativo.

Não é possível dizer com exatidão quando surgiu o chamado cinema ambientalista no mundo, uma vez que, muito antes do aparecimento dessa denominação, já existiam filmes que tratavam da relação entre o homem e a natureza, principalmente com o fim da Guerra Fria, quando a preocupação com as questões ambientais se colocou em primeiro plano. Heméritas (2011) exprime que,

A partir dos anos 70, estudos científicos fundamentados em leis da “termodinâmica” – relação entre a conservação e a qualidade da energia – e na demografia apontaram, pioneiramente, o tempo de renovação dos recursos naturais como limitadores do crescimento econômico. Esta perspectiva de futuro é que configura uma “crise ambiental global”, justificada através da simulação de modelos matemáticos baseados na finitude dos recursos naturais ante a escalada de incremento populacional. (P.16)

Segundo Heméritas (2011), há pelo menos 50 anos teve início a trajetória contemporânea ambiental do cinema nacional, com *Arraial do Cabo*, de Paulo Cesar Saraceni e Mario Carneiro, e *Aruanda*, de Linduarte Noronha, documentários

brasileiros sobre o cotidiano de comunidades pesqueira e quilombola, respectivamente.

Posteriormente, a indústria cinematográfica também foi, de certa maneira, influenciada pelo movimento ambientalista, o que se refletiu no aumento de obras com viés ambiental, que retratavam, dentre outras, as mudanças climáticas, a geopolítica dos recursos hídricos, o caráter negativo da globalização e a persistência das desigualdades sociais, apresentando experiências que associam arte e conhecimento.

Quanto ao número, as produções multiplicaram-se expressivamente na última década, em virtude ao acesso às facilidades tecnológicas de produção e edição em vídeo e à oferta pública de editais de fomento audiovisual, ampliando o eixo temático, tanto com roteiros sobre a natureza pormenorizada, quanto com visões macroespaciais. Floresceram oportunidades de exibição dessas produções por intermédio da organização de festivais, a exemplo do Festival Internacional de *Cinema del Medi Ambient* - FICMA (Barcelona), *Ecofilmes* (Atenas), *Sembrando Cine* (Lima), The Dutch Environmental Film Festival (Amsterdã e Roterdã), *Planet in Focus Toronto Environmental Festival* (Toronto), *Voices from the Waters* (Bangalore), *Ekotop-film* (Bratislava), além da exibição em canais de TV educativos e especializados.

Nos anos 1960, surgiram muitos filmes brasileiros que permitem uma leitura das questões políticas relativas à integridade dos recursos naturais. O enquadramento de um filme como ambiental, todavia, surgiu apenas nos anos 1990.

No Brasil, a realização do Festival Internacional de Cinema e Vídeo Ambiental (FICA), a partir de 1999, é um marco

importante para o registro do cinema ambiental, na medida em que se constituiu, nos últimos 12 anos, no maior festival temático do País, assegurando qualidade na projeção direcionada para a mostra competitiva internacional do Festival. O diretor de cinema João Batista de Andrade, organizador do FICA, afirmou que “Para ter um filme militante no FICA, só se a obra escapasse do imediatismo do comércio das idéias e fosse um bom cinema, antes de tudo”. (HEMÉRITAS, 2011, p.70).

Pelo uso fiel das técnicas de captação de imagem-som, a força persuasiva do cinema ambiental retrata, com realidade excepcional, as diversas modalidades de destruição e conflito envolvendo a sociedade e a natureza, o que situa o espectador num lugar privilegiado da cena dos acontecimentos. Heméritas (2011) acentua que,

A atuação cognitiva dos filmes ambientais, a partir de um amplo campo de experimentação e liberdade, teria um papel voltado à sensibilização da causa ambiental. O sentido atuante das obras cinematográficas, sob viés ambiental, residiria em despertar sentimentos altruístas capazes de incorporar ao público espectador o conhecimento. (P.15).

Tal afirmação evidencia os aspectos apreendidos pelo cinema ao emprestar sua estética variada de crueldade, melodrama e suspense, transformando manifestação cultural midiática em instrumento de conscientização, independentemente de sua natureza fictícia ou documental.

Adotou-se, aqui, a classificação de cinema ambiental cunhada por Leão (2011), que concebe esse tipo de cinema como sendo bastante amplo, não se restringindo aos filmes

ecologicamente engajados, mas levando em consideração o fato de que todos os filmes que tratam de temas que permitam uma leitura ambiental, seja na forma de documentário, ficção, reportagens ou séries para televisão, possam ser enquadrados na categoria ambiental.

## A CONSCIENTIZAÇÃO

O conceito de conscientização aplicado neste trabalho foi trazido da obra de Paulo Freire, que o adota como ponto-chave de seus estudos sobre educação, em virtude do significado que esse termo tem para ele, e da relevância da aplicabilidade desse conceito para o manejo da realidade.

[O conceito de conscientização foi] criado por uma equipe de professores do INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDOS BRASILEIROS por volta de 1964. Pode-se citar entre eles o filósofo Álvaro Pinto e o professor Guerreiro. Ao ouvir pela primeira vez a palavra conscientização, percebi imediatamente a profundidade de seu significado, porque estou absolutamente convencido de que a educação, como prática da liberdade, é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade. (FREIRE, 2001, p. 25).

A proposta metodológica de Freire quebrou o paradigma de que a educação por si só conduz uma sociedade à libertação da opressão. Para esse pedagogo, a educação é um ato de conhecimento e conscientização, com origem na qual o homem assume um papel ativo, de forma crítica, em seu processo de educação, libertando-se da alienação e conduzindo-se para o desenvolvimento de um pensamento autônomo e libertador.

Freire (2001) parte de perspectiva direcionada para o processo crítico e político envolvido na educação das pessoas, que promove a passagem da consciência para um estado mais avançado – a conscientização – e esclarece como esse processo educacional, que envolve consciência e conscientização, pode se situar em um âmbito libertador e transformador da realidade social.

Inicialmente o homem ocupa uma posição ingênua diante da realidade observada, e, então, ao adotar uma posição crítica, chega à conscientização, etapa na qual desmascara a essência fenomênica do objeto, alcançando a possibilidade de apreender e analisar a realidade. Segundo Freire, quanto mais conscientização houver, mais o homem se aproxima da realidade. É justamente a busca para estabelecer um diálogo da consciência com a realidade que constitui a conscientização.

Na conscientização, utilizam-se a codificação e a decodificação para se obter uma melhor apreensão da realidade, por meio de uma posição crítica. Analisando-se esse processo desde a perspectiva deste trabalho, dir-se-ia que, ao assistir a um filme, o espectador codifica uma situação existencial real na forma de uma imagem fílmica, distanciando-se do objeto cognoscível em virtude de sua projeção. Esta lhe possibilita uma reflexão crítica, na medida em que o espectador vê e analisa a própria experiência ali representada. Posteriormente, o objeto é decodificado e muitos aspectos que outrora não eram evidentes podem, então, ser percebidos. É justamente na fase de decodificação que se revela uma nova visão de mundo. No caso de um filme ambientalista, pressupõe-se que haja, assim, por meio da codificação e da decodificação, a reflexão crítica do espectador acerca dos temas abordados na obra, alcançando-se, finalmente, sua conscientização.

## WALL-E E O DISCURSO AMBIENTALISTA

São inúmeros os filmes que abordam a questão ambiental e que podem ser usados como recurso pedagógico. O filme *Wall-E*, por exemplo, mostra a degradação dos recursos naturais pelo homem e suas graves consequências. Uma análise semiótica desta obra imagética, baseada principalmente na abordagem de Peirce e de seus seguidores e adeptos, como Lucia Santaella, evidencia uma variedade de signos, significados e temáticas sociais que podem ser apreendidos pelo espectador. Aqueles signos, todavia, que, de alguma forma, incitam o cuidado ambiental, têm particular interesse para esta análise.

Na trama do filme *Wall-E*, a Terra está destruída e nela não há mais recursos naturais. O homem explorou o ambiente de forma insustentável sem pensar no dia seguinte: realizou produção desenfreada de tecnologias desnecessárias, transformou o Planeta num depósito de entulhos e poluiu a atmosfera com gases tóxicos. Gerou um ambiente inóspito e desabitado. Após a situação criada, a humanidade deixou o Planeta embarcando numa gigantesca nave (Axiom) para a realização de um cruzeiro espacial que, *a priori*, estava planejado para durar cinco anos e deixou para trás robôs que iriam fazer a limpeza da terra. Como a Terra, porém, não estava preparada e não oferecia condições adequadas para a sobrevivência humana, a volta foi adiada por sete séculos, até o momento em que a história se passa.

O filme conta a história de *Wall-E*, um dentre os muitos robôs deixados na Terra, o único que ainda funciona e se mantém ativo em razão do autoconserto de suas peças. Ele permanece na Terra, limpando-a, colecionando objetos que encontra no meio do lixo que organiza, vendo em cada um deles

possíveis utilidades. Encontra também uma muda de planta, dentro de uma geladeira velha, que guarda consigo porque lhe desperta admiração.

Certo dia, chega à Terra uma nave espacial, que traz consigo uma nova e moderna robô, Eva, por quem *Wall-E* se apaixona e que será sua companheira. Ela possui tecnologia avançada e um visual arrojado, destoando do protagonista, que é muito sujo e desatualizado tecnologicamente, o que permite evidenciar a relação entre os opostos.

Dias depois, a nave que trouxe Eva volta para levá-la e *Wall-E* vai junto e viaja através do espaço. No percurso, depara visões nunca imaginadas, inclusive vê a quantidade de lixo tecnológico (satélites) que o homem lançou na atmosfera. Mesmo a Terra se apresentando em tons de marrom, ele fica maravilhado com a visão que tem dela desde o espaço.

Toda essa história é retratada na terceira pessoa e sua trama é explicada por meio de imagens, praticamente sem diálogos, buscando mostrar o que pode vir a acontecer se a humanidade continuar a produzir tanto lixo como o faz atualmente. Isso é retratado por uma visão de futuro pessimista, em que todas as pessoas são obesas e não mantêm contato direto umas com as outras, conversando apenas por meio de monitores. Elas vivem restritas a uma nave espacial e a manutenção de sua sobrevivência é controlada por grandes corporações.

## A CATEGORIZAÇÃO DOS SIGNOS

O artigo 17 das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Ambiental, estabelecidas no âmbito da Resolução nº 2, de 15 de junho de 2012, considera que a Educação Ambiental deve contribuir para o estabelecimento das relações entre as mudanças climáticas e o atual modelo de produção, consumo, organização social, visando à prevenção de desastres ambientais e à proteção das comunidades, bem como à promoção do cuidado e da responsabilidade para com as diversas formas de vida e do respeito às pessoas, culturas e comunidades. Este artigo serviu de referência para identificar, categorizar e agrupar os signos do filme *Wall-E* como ambientais.

Em busca de signos de conscientização ambiental, assistiu-se ao filme duas vezes. No primeiro momento, foram identificadas cenas em que aparecem signos ambientais, verbais e não verbais, entre as quais foram selecionadas as quatro mais relevantes, para, em seguida, analisar-se seu potencial educativo. Tais cenas foram consideradas unidades de análise, ou seja, elementos unitários cujo conteúdo foi submetido à análise.

Posteriormente, as cenas selecionadas foram descritas na forma de texto-síntese, buscando expressar o conjunto de significados presentes nas unidades de análise e, finalmente, seus respectivos signos foram relacionados e interpretados qualitativamente com a literatura selecionada.

## A ANÁLISE DOS SIGNOS

Os signos ambientais presentes no filme *Wall-E* são potencialmente signos de “conscientização ambiental”, pois sugerem o cuidado com o ambiente, bem como a tomada de

consciência a respeito da influência direta das ações humanas nos ecossistemas naturais. Tornam-se ferramentas de Educação Ambiental a qual, também, pode ser entendida como educação política, pois ajuda na preparação das pessoas “para exigir justiça social, cidadania nacional e planetária, autogestão e ética nas relações sociais e com a natureza”. (REIGOTA, 1994, p. 10).

Nas cenas iniciais do filme *Wall-E*, a cidade é mostrada repleta de blocos de lixo empilhados, tão altos quanto os arranha-céus, os quais servem de suporte para os inúmeros *outdoors*, oferecendo toda espécie de produtos. A oferta é sintetizada por um deles: “Temos o que você precisa e muito mais!”. A situação retratada fica clara quando *Wall-E* passa por cima de um jornal cuja manchete diz: ‘Muito lixo! Terra está coberta! Presidente da BNL (Buy’N Large, multinacional fictícia) declara emergência Global!’, indicando que o nível de degradação no qual o Planeta se encontra é consequência do consumo insustentável dos bens naturais.

O resultado lógico dessa sequência é a ação do signo. O signo, neste caso, a Terra coberta de lixo, funciona como mediador entre o filme e o efeito que se produz na mente do espectador. Tal efeito é produzido pelo objeto, filme, por meio do signo (SANTAELLA, 2000).

*Wall-E*, mesmo sendo um robô, desenvolve uma personalidade humana que pode ser observada por meio de seus gestos e olhares. Apesar de nunca ter visto um representante da espécie humana, ele passa a ter admiração pela cultura e mantém o respeito pela vida, o que resta claro mediante a relação entre ele e sua única companheira, uma barata.

A escolha de uma barata como amiga de *Wall-E* é significativa. As baratas, existentes há mais de 300 milhões de anos, são insetos onívoros, isto é, comem qualquer coisa e podem viver uma semana sem beber água e até um mês sem comer. Com efeito, sendo a única espécie viva, sua presença indica os altos níveis de poluição representados na animação, mas também o respeito de *Wall-E* por qualquer forma de vida. Ironicamente o diretor Andrew Stanton faz, dessa maneira, alusão ao dito popular: “se uma catástrofe ocorresse no mundo, somente as baratas sobreviveriam”.

Por outro lado, a sensibilidade de *Wall-E* e seu respeito pela vida são também mostrados na cena em que ele descobre uma planta que se desenvolveu dentro de uma geladeira em meio ao lixo. O filme enfatiza que, mesmo sem nunca ter visto uma planta, o robô consegue perceber que a natureza é fundamental para a sobrevivência humana.

Como diz Santaella (2002), ao fazer análise dos signos em alguns vídeos de Educação Ambiental, os filmes com este objetivo mostram imagens da natureza e de sua beleza, com o propósito de encher os “olhos do espectador”, recorrendo à emoção e admiração do público, comovendo-o, sem que ele tome consciência disso.

No decorrer do filme, os humanos, constituídos por uma identidade genérica, estão representados como sujeitos preguiçosos, ingênuos, obesos e consumistas, sendo durante todo o tempo interpelados pela mídia. A comunicação entre eles acontece por meio de monitores holográficos acoplados a cadeiras flutuantes que deslizam sobre linhas já traçadas, tais como a dos robôs. O contato físico não existe, pois toda a co-

municação é holográfica. A alimentação é servida em copos enormes a todo instante por robôs. A rotina é comandada por Auto, piloto automático, e supostamente dirigida por um “Comandante”, que tem como função fazer os anúncios matutinos.

Uma das cenas mais significativas da animação é a tomada de consciência do Comandante, que há 700 anos não faz outra coisa a não ser seguir ordens estipuladas por máquinas. No momento em que o Comandante acessa imagens da natureza, ele rebela-se e afirma que deseja voltar à Terra e viver, em vez de sobreviver.

O signo de Educação Ambiental encontrado no discurso do Comandante nessa cena representa um ícone em prol da preservação, simbolizando a consciência ambientalista, o que vem ao encontro das ideias esboçadas em Reigota (1994), para quem a Educação Ambiental deve incentivar a participação ativa na resolução dos problemas do ambiente e da comunidade.

Ao final da animação, os seres humanos retornam à Terra, percebendo a importância do cuidado com o Planeta e com as relações humanas. A última cena do desenho mostra *Wall-E* e Eva em frente à planta, que se tornou uma árvore, sugerindo a ideia de que, a partir de uma semente se pode reconstruir o Planeta. A reconstrução da Terra é mostrada, ao final do filme, durante a apresentação dos créditos da obra, como forma de expressar a continuidade necessária ao processo de reconstrução.

Desse modo, *Wall-E* apresenta, em sua narrativa, um discurso de preservação da espécie humana numa perspectiva ecológica, conduzindo as pessoas à compreensão de que a sobrevivência de todas as espécies vivas da Terra é de responsabilidade do homem.

## WALL-E COMO RECURSO PEDAGÓGICO

Na análise do discurso imagético expresso por *Wall-E* constata-se que esse filme de ficção científica pode ser utilizado em sala de aula como subsídio às práticas escolares, pois a reflexão crítica a respeito da realidade que ele denota é um bom recurso didático e pode servir de auxílio ao professor em seu processo de ensino aprendizagem.

O filme *Wall-E* aborda não somente temáticas ambientais, mas também outros valores sociais, como o ideal de beleza, saúde e felicidade. Estas temáticas possibilitam sua utilização por professores de áreas distintas e sua exploração em uma perspectiva interdisciplinar.

É importante ressaltar, ainda, o papel desempenhado pelo educador como mediador do conhecimento, situado entre o recurso didático e os alunos. O filme, por si só, não é um bom agente de ensino. Um aluno que assiste ao filme sozinho provavelmente o perceberá tão-somente como um momento de diversão, distração e entretenimento. A figura do educador se faz, portanto, necessária para direcionar o olhar dos alunos, de modo que *Wall-E* possa servir como recurso didático para uma efetiva conscientização ambiental.

Este trabalho pretende abrir caminhos para a realização de outros estudos na área – signos de Educação Ambiental no cinema – enfocando e aprofundando a análise por meio de outros filmes, pois se compreende ser necessário identificar os valores e conceitos presentes nas produções audiovisuais com temática ambiental e relacioná-los à Educação Ambiental, para que o potencial imagético seja posto a serviço da transformação social.

## REFERÊNCIAS

BONA, R. J. A Educação Ambiental no Filme dos Trapalhões. **Contra Pontos**, Itajaí, v. 8, n. 2, p. 239-252, mai./ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Ambiental**. Brasília: Ministério da Educação, 2012.

FERNANDES, F.A.M.; SOUSA, C.M. Mídia e meio ambiente: limites e possibilidades. **Departamento de Comunicação Social**, Universidade de Taubaté, SP. 2002. Disponível em: <<http://site.unitau.br/scripts/prppg/humanas/download/midiaemeioambiente-N2-2002.pdf>>. Acesso em 15 de jun. 2013.

FREIRE, P. **Conscientização** - teoria e prática da libertação: Uma Introdução ao Pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Ed. Centauro, 2001.

GOMES, R. Elo vital: a interação espectador/filme. In: SOUZA, R. L. G.; MAMEDE, J.; FERNANDES, T.; A. R. FILHO, (Orgs.). **O sentido e a época**. Salvador: EDUFBA, 1995. p. 97-109.

GUIDO, L. F. E.; BRUZZO, C. Apontamentos Sobre o Cinema Ambiental: A Invenção de um Gênero e a Educação Ambiental. **Rev. eletrônica Mestr. Educ. Ambiental**, v. 27, p. 57-68, jul./dez. 2011.

HEMÉRITAS, P. C. C. **O Cinema Ambiental Contemporâneo em Questão**: crônica da luta por reconhecimento dos direitos humanos de terceira geração. 2011. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências do Homem, Universidade Estadual do Norte Fluminense, Rio de Janeiro.

LEÃO, B. **O cinema ambiental no Brasil**: uma primeira abordagem. Goiânia: Agência Goiana de Cultura, 2011.

MORRIS, J.; LASSETER, J. (Produtores); STANTON, A. (Diretor). **Wall-E** (DVD, 97 min., som., col., filme dublado). Estados Unidos: Pixar Animation Studios, 2008.

PEIRCE, C. S. **Semiótica e Filosofia**. São Paulo: Cultrix, 1972.

PICOLI, D. A estética da imagem e o discurso de proteção ambiental: a produção de sentido na fotografia e no cinema. **Discursos Fotográficos**, Londrina, v. 4, n. 4, p. 99-126. 2008.

REIGOTA, M. **O que é educação ambiental**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

SANTAELLA, L. **A teoria geral dos signos**: como as linguagens significam as coisas. São Paulo: Pioneira, 2000.

\_\_\_\_\_. **Semiótica aplicada**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

VIANA, R. G. **Degradação ambiental e Direito**. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Ensino Profissional Marítimo) - Diretoria de Portos e Costas, Marinha do Brasil, Santos, SP. 2004.

# TECNOLOGIA LEVE PARA CRIANÇAS ESCOLARES

Fábia Azambuja Pereira Salviano;  
Anairtes Martins de Melo;  
Danny Garcia Sales;  
Patrícia Moreira Collares;  
Heraldo Simões Ferreira.

Tecnologia é fruto de processos materializados com suporte em pesquisas e experiências cotidianas, para o desenvolvimento de produtos materiais ou não, intervindo sobre determinada situação prática. Nietsche e colaboradores (2005) ressaltam que este produto e o processo de elaboração devem ser avaliados e controlados, sistematicamente, na íntegra.

Com base no descrito há pouco a produção de tecnologia se insere em diversas áreas. A associação de tecnologias ao processo de Educação na Saúde traz benefícios e avanços na qualidade da assistência prestada a qualquer profissional. Na área da saúde, foco deste estudo, os profissionais podem buscar estratégias tecnológicas criativas que se classificam como leve, leve-dura e dura. Os autores Machado; Haddad e Zoboli (2010) se referem à tecnologia leve como a comunicação direta, o acolhimento, o respeito com a pessoa, a valorização das experiências pessoais e as necessidades individuais dos pacientes; as leve-duras são os saberes profissionais, bem estruturados, como a clínica dos profissionais; e, por fim, a tecnologia dura como instrumentos de trabalho e aparelhos utilizados na assistência do paciente (estetoscópio, Raio-x, entre outros).

Na atenção básica em saúde, as tecnologias devem ter o propósito de facilitar o trabalho e melhorar a qualidade da assistência prestada. Tomando como exemplo a leve, esta poderá utilizar alguns artefatos, como *folders*, livros, cartilhas, entre outros. Alguns benefícios são listados quando da utilização desta tecnologia, como: linguagem mais indicada ao público-alvo, uso de ilustrações, que chamam atenção por serem coloridas e de fácil entendimento, melhorando assim a didática e a memorização de tal informação.

A tecnologia leve desenvolvida consiste em uma coleção de folhas organizadas de modo a conter desenhos e textos. Seu uso é direcionado à área da Educação em Saúde e, dentre as suas vantagens, se destacam: direcionar a sequência da exposição, facilitar o aprendizado, possibilitar a utilização de materiais diversos na sua confecção, como fotografias/figuras e desenhos, citar os pontos essenciais de cada problemática (MONTEIRO et. al., 2006).

Com origem na experiência dos autores no Programa Fisioterapia em Ação na Escola – PROFAE este estudo propõe desenvolver uma tecnologia leve para crianças escolares como material de suporte à prática em educação e saúde na escola, sobre a temática de orientações posturais e avaliar a tecnologia desenvolvida por meio da opinião de profissionais da área de Educação em Saúde. Citado programa teve início em Setembro de 2009, com o objetivo de criar ou formar comportamentos pessoais em relação aos movimentos e posturas corporais inadequadas à prevenção das disfunções posturais em alunos do ensino fundamental e a promoção da saúde por via metodologias ativas.

A infância e a adolescência são as fases na qual se iniciam os desvios posturais. Sendo assim, deve-se oferecer atenção especial ao ambiente escolar, pois é na escola que se encontra o maior número de crianças reunidas e pode ser um dos locais onde mais se observa o desenvolvimento de desvios posturais.

Para Verderi (2001), os educadores em saúde, como fisioterapeuta e educador físico, inseridos no ambiente escolar, são valiosos profissionais para acrescentar na construção da educação postural, prevenindo e orientando os alunos acerca dos desequilíbrios posturais. Back e Lima (2006) complementam, referindo que a escola é o local ideal para orientações focadas nas intervenções que visam à conscientização da comunidade escolar sobre a importância da prevenção.

Braccialli e Vilarta (2000) referem que a postura ideal nem sempre é aquela que prioriza o conforto, mas sim a funcionalidade. Os vícios posturais surgem da busca da pessoa tornar sua postura mais confortável, sem qualquer preocupação com as consequências ou por falta de alguma orientação. Deslizar para a frente sobre o assento, sentando sobre o sacro e não sobre os ísquios, é um exemplo clássico da sala de aula e um fator deveras preocupante, pois a criança que completar o ensino fundamental terá passado no mínimo nove anos de quatro a cinco horas diárias nesta posição.

Este estudo tratou-se de uma pesquisa do tipo documental, contendo material de cunho ilustrativo.

A pesquisa documental caracteriza-se como uma fonte de coleta de dados restrita a documentos conservados em arquivos (públicos, privados e pessoais) escritos ou não, constituindo o que se denomina de fonte primária. Tal pesquisa

pode ser feita no momento da ocorrência do fato ou fenômeno ou posteriormente (LAKATOS; MARCONI, 2001).

Anterior a elaboração da tecnologia, aqui se tratando de um livro infantil, foram utilizados documentos (memória) do PROFAE que incluíam fotos das crianças participantes do programa e relatórios/*portfólio* dos anos de 2009 a 2012.

Segundo Freire (1979), as figuras/ilustrações são codificadas de situações locais que podem abrir para a análise de problemas, pois guardam em si elementos que são decodificados pelo grupo-alvo (crianças escolares). Ela pode atingir uma situação referente a todos do grupo ou apenas a uma pessoa.

Sendo assim, o acesso às imagens teve o intuito de favorecer o trabalho de reprodução das ilustrações por um desenhista, sendo estas fontes de análise de situações de risco para a postura de escolares. A identidade dos escolares presentes nas fotos fora protegida, no entanto, de forma a não caracterizar o ambiente escolar e muito menos as crianças participantes do programa.

De modo complementar, foram consultados materiais teóricos, artigos, livros, documentos da instituição, conteúdos eletrônicos relacionados às temáticas: escolares e postura. Além destas consultas, foram acessados livros infantis com o objetivo de adequar a linguagem e a imagem às necessidades do público-alvo.

De início a história foi constituída com base na experiência no PROFAE, destacando as maiores dúvidas que os alunos apresentavam; os principais vícios posturais encontrados e as atitudes posturais errôneas, como a forma de andar, sentar e carregar a mochila.

Após a redação do conteúdo teórico, foram buscados dois técnicos especializados: um em elaboração de desenhos e outro em *designer*, que utilizou o programa *Corel Draw* na edição das figuras. Esses técnicos forneceram aos pesquisadores o apoio na elaboração das ilustrações, a fim de adequá-las à realidade em estudo.

A fase final desta pesquisa consistiu na avaliação da tecnologia por parte dos profissionais de Educação em Saúde para escolares, tendo-se utilizado como critério de escolha destes profissionais, a experiência com o público-alvo, para que a avaliação fosse mais fidedigna. Estes utilizaram um instrumento adaptado de Martins (2010,) nomeado Instrumento de Avaliação de uma Tecnologia Leve. O objetivo deste era avaliar se as ilustrações produzidas eram claras e compreensíveis, se estavam adequadas ao assunto, se eram relevantes e, por fim, qual o grau de relevância de cada uma delas. No caso de uma apreciação negativa superior a 50% em uma das ilustrações, realizariam as mudanças sugeridas pela maioria dos avaliadores.

Em relação aos profissionais que se mantinham no contexto dos escolares, trouxe-se um perfil exposto na tabela 1.

Tabela 1: Perfil dos avaliadores.

Avaliador (A)	Graduação	Titulação	Experiência anterior avaliação figura
A1	Enfermagem	Especialista	Não
A2	Pedagogia	Especialista	Não
A3	Educação Física	Especialista	Não
A4	Fisioterapia	Mestre / Saúde Coletiva	Não
A5	Medicina	Pós-graduado / Traumatologia - Ortopedia	Sim

Fonte: Dados da Pesquisa.

Esta pesquisa obedeceu os preceitos éticos e o cumprimento da Resolução Nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, vinculado ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Destaca-se que, no caso específico deste estudo, os princípios bioéticos que atendem à realidade da pesquisa são beneficência, não maleficência e justiça.

No caso do desenhista e do *Web Designer*, a assinatura do termo de Cessão de Direitos Autorais de Imagem foi assinado após a realização do trabalho, repassando assim todo e qualquer direito sobre a obra, para utilização em âmbito acadêmico.

Utilizando, como base, técnicas relacionadas à tecnologia em saúde, caracterizada neste caso como leve, procurou-se focar os assuntos: orientações posturais para escolares, apresentação do PROFAE e explanação sobre vícios posturais e suas disfunções, empregando uma linguagem acessível ao público alvo, considerando-se a idade e o nível de conhecimento deste.

Para elaboração desta tecnologia leve, foram necessárias seis etapas. A primeira foi composta da criação e desenvolvimento da história, a qual foi inspirada no referido Programa. A segunda, intitulada arte da criação, consistiu em reuniões com o desenhista, cujo objetivo era o repasse da história, bem como as fotos para fonte de inspiração, sempre ressaltando a proteção da identidade de cada criança, ou seja, não sendo permitida a criação de caricaturas ou algum desenho que viessem a identificar as características físicas de algum aluno.

A terceira, a arte final (projeto gráfico e ilustração), realizada por um *Web Designer*, auxiliado e acompanhado pelos pesquisadores. A quarta etapa: a impressão em papel *couchê* no

tamanho A3 para que fosse realizada a avaliação pelos profissionais mediante o Instrumento de Avaliação de uma Tecnologia Leve.

A quinta fase foi composta pela realização das alterações solicitadas pelos avaliadores e a sexta foi a realização da impressão de 3 projetos-piloto (livro), em uma gráfica especializada, utilizando papel *couchê* 60Kg, para o corpo do livro, e *couchê* supremo *design*, na posição de paisagem.

Tratando-se da criação desta tecnologia leve, segue a sinopse do livro em desenvolvimento, a qual será exibida como forma de situar o leitor na apresentação dos dados que a sucedem.

O Livro, *O Novato e a Turma da Postura*, narra a história de Pedrinho, o novato da “Escola Educar” que tem em seu cronograma a inserção da visita do Programa Fisioterapia em Ação na Escola - PROFAE. Na escola, todos os alunos já estão adaptados aos ensinamentos da fisioterapeuta Luiza e os colocam sempre em prática. Em seu primeiro dia de aula, Pedrinho vem logo, carregando a mochila de forma incorreta, andando e sentando na sala com a postura inadequada e isso logo chamou a atenção da professora Bia e de toda a turma da Postura. É quando Davi e Matheus o chamam para jogar futebol, que surge a oportunidade de repassar um pouco do que eles aprenderam com o PROFAE. A história do novato vai se desenrolando aos poucos, juntamente com os colegas Davi, Matheus, Amanda e Lívia, quando Pedro vai aprendendo sobre postura.

## Ilustrações 1 e 2 (capa e verso da capa)

A capa do livro contém a ilustração de Pedrinho na frente da Escola, com semblante feliz e carregando a mochila de forma correta. No verso da capa, estão a sinopse e a ficha técnica.

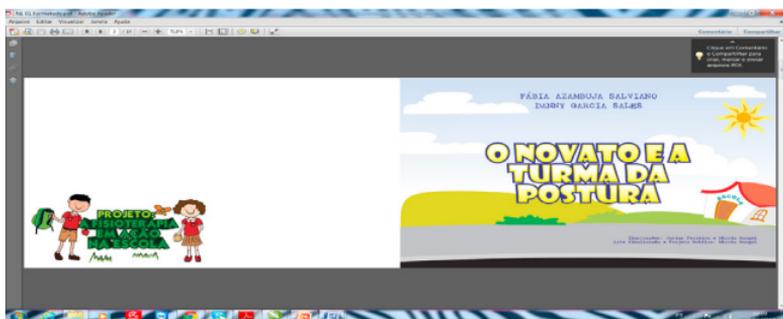
Mencionadas páginas foram avaliadas de forma positiva, com três sugestões de mudanças: aumentar ou modificar a letra da sinopse, colocar o nome da escola na casa e colocar o Pedrinho de forma mais reta.

### Ilustração 1- Capa e Verso da capa



Fonte: Dados da Pesquisa.

### Ilustração 2 - Folha de Rosto



Fonte: Dados da Pesquisa.

### **Ilustração 3 - Situação-problema 1 (Explicação sobre o Programa Fisioterapia em Ação na Escola - PROFABE)**

A ilustração de número 3 foi avaliada de forma favorável, sendo solicitadas duas mudanças: inserção do nome da escola e colocação de árvores para compor a paisagem.

O PROFABE teve início em setembro de 2009 e alcançou continuidade dentro de uma escola municipal de Fortaleza, levando aos escolares oficinas de Educação em Saúde sobre: orientação postural, alongamento muscular, esclarecimentos sobre a Fisioterapia e suas diversas áreas de atuação. Os objetivos principais deste programa são a prevenção das disfunções posturais em alunos do ensino fundamental e a Promoção da Saúde por meio de metodologias ativas (FANOR, 2012).

A experiência no Programa Fisioterapia em Ação na Escola propicia momentos singulares, pois, se tem a oportunidade de convivermos dentro do ambiente deles facilitando, assim, as intervenções e percebendo a carência de apoio emocional e informacional.

### **Ilustração 4 - Situação-problema 2 (Professora anuncia a visita da Fisioterapia)**

A ilustração de número 4 mostra a Professora Bia (nome fictício) avisando aos alunos que é mais um dia de visita da fisioterapeuta Luiza (nome fictício) por meio do PROFABE. Pode-se observar, na ilustração, a alegria dos escolares com a presença da fisioterapeuta, que logo relembra alguns assuntos passados por ela, como: o que é postura, o que a má postura pode causar, como é a forma correta de carregar a mochila, sentar e andar.

Tal página do livro foi avaliada de forma positiva, não havendo nenhuma ressalva por meio dos avaliadores.

Apesar de não existirem muitos estudos acerca de postura corporal em estudantes jovens, atualmente, algumas escolas já acionaram programas de Promoção da Saúde. No contexto escolar, desenvolver mecanismos tendentes a melhorar a saúde da população se torna uma atividade cada vez mais ambiciosa, complexa e diversificada (PRAZERES, 2002).

A inclusão da Fisioterapia no ambiente escolar é de grande importância, pois o período escolar se mostra adequado para a atuação terapêutica em qualquer nível, sendo possível, pela orientação postural, prevenir, corrigir ou realinhar os desvios posturais, se se considerar o enorme potencial adaptativo das estruturas relacionadas à postura durante o período de crescimento (BACK, 2009). Complementa Zapater *et al.*, (2004), dizendo que a Fisioterapia preventiva inclui programas de educação postural que possibilitam o conhecimento acerca dos desvios posturais e o replanejamento do ambiente, com o intuito de minimizar as complicações entre os escolares.

### **Ilustração 5 - Situação-problema 3 (Explicação sobre Postura).**

Esta página foi desenvolvida para repassar aos leitores explicações sobre postura de maneira mais didática, facilitando o entendimento e despertando o desejo de ter uma boa postura. Além disso, no final da página, realizou-se uma chamada aos leitores para aguçar sua curiosidade com o desígnio de que concretizassem a leitura integral do livro.

A figura de número 5 teve uma avaliação positiva. Apenas um avaliador solicitou a colocação da letra em negrito.

Postura é a condição de equilíbrio e ajustamento, principalmente dos músculos e ossos, para a proteção das demais estruturas do corpo humano, seja na posição sentada, em pé ou deitada. Portanto, um correto controle postural ocorre quando exigidos a ativação de poucos músculos e baixo gasto energético (BACK, 2009).

A postura adequada envolve a forma correta que o corpo assume no dia a dia, como, por exemplo, andar, correr, sentar, deitar, levantar objetos (LIMA, 2006). Complementa Araújo (2002) e Lima (2006) exprimindo que a postura corporal também é condicionada por fatores psicológicos, sociais, genéticos e hereditários, fisiológicos, idiopáticos e ambientais. Já a postura inadequada pode decorrer da aquisição de posições viciosas, que situam a postura em desequilíbrio, causando desgastes nas vértebras, discos e articulações da coluna.

#### **Ilustração 6 - Situação-problema 4 (Chegada do Novato Pedrinho).**

A ilustração de número 6 demonstra a maneira incorreta de o novato ao carregar a mochila, revelando a surpresa das alunas por causa da postura de Pedrinho.

Esta página foi avaliada de forma favorável. Apenas um avaliador solicitou alteração: mudança da cor da letra utilizada na narração, passando de amarela para azul.



com muita dor nas costas. É daí que surge a oportunidade de a Turma da Postura repassar o que aprendeu com a fisioterapeuta.

Esta ilustração obteve avaliação razoável: dois avaliadores propuseram a organização dos balões para melhorar a compreensão da sequência das falas e a redução na quantidade de personagens da cena.

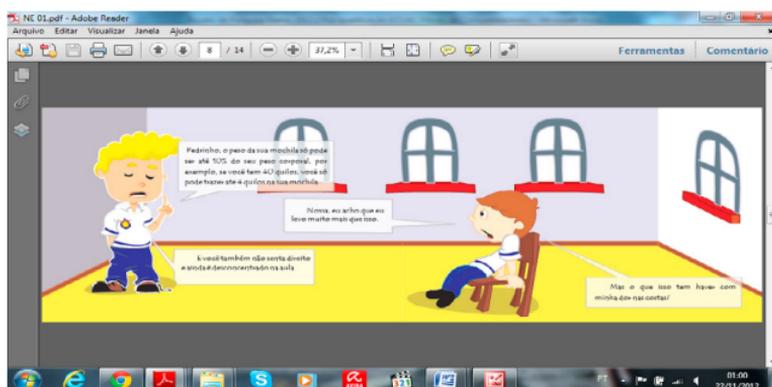
Estudo realizado com os alunos do ensino básico de um colégio do Rio de Janeiro revelou que existe grande percentagem de estudantes com dor nas costas, ocasionada por hábitos de transportar mochilas com excesso de peso e problemas no nível de postura corporal (REGO; SCARTONI, 2008). Quando cargas excessivas são transportadas por longos períodos, a coluna compensa de várias formas, provocando fadiga muscular e desgaste das suas articulações e da caixa torácica, o que, em curto ou longo prazo, provoca dor. Os vícios posturais, como andar e sentar de forma errônea durante o período escolar, também são causas de dores nas costas por interferir na organização postural (ARAÚJO, 2002).

### **Ilustração 8 - Situação-problema 6 (Matheus dá dicas a Pedrinho).**

A ilustração de número 8 mostra Pedrinho surpreso com os ensinamentos de Matheus, informando que o peso da mochila deve estar relacionado com o peso dele e alertando-o sobre sua forma de sentar.

Nesta página, dois avaliadores fizeram solicitações de mudança: manter o mesmo contexto da cena anterior e colocar mais cadeiras na cena.

## Ilustração 8 - Página 6 do livro.



Fonte: Dados da Pesquisa.

Observa-se atualmente a preocupação no que diz respeito ao peso da carga transportada pelos estudantes. Perez (2002), Ribeiro (2007), Medeiros e Lotufo (2008) recomendam que o peso da mochila não deva ser acima de 10% a 15% do peso corporal do aluno. Quando a carga da mochila é superior à capacidade de suporte dos grupos musculares, ocorre uma sobrecarga na coluna vertebral, podendo ocasionar alterações posturais, dor ou incapacidade (RODRIGUES, et. al., 2008). O transporte de carga acima de 20% do peso corporal pode induzir esforços musculares excessivos, fadiga e aumentar a susceptibilidade de lesão no aparelho locomotor (CARVALHO, 2004).

A manutenção de um bom alinhamento postural mantido ao sentar, seja no período de aula ou não, além de reduzir o caso de dores futuras na coluna vertebral, influencia de maneira positiva no processo de aprendizagem do aluno. Isto acontece pelo fato de que, com a diminuição da atividade muscular excessiva de alguns grupos musculares, a fadiga muscular é diminuída, promovendo melhores condições de concentração para o estudante (BRACCIALLI; VILARTA, 2000).

### **Ilustração 9 - Situação-problema 7 (Amanda dá dicas a Pedrinho).**

A ilustração de número 9 mostra Amanda explicando que a dor em suas costas pode implicar negativamente o seu aprendizado.

Esta página foi avaliada por todos de forma positiva, não havendo nenhuma solicitação de mudança.

O bem-estar físico e mental depende da postura física e de como a pessoa exerce suas atividades diárias. Uma postura adequada nas tarefas do dia a dia é o principal fator para se evitar os desequilíbrios posturais e, assim, melhorar a qualidade de vida e do aprendizado da pessoa, pois, a dor diminui de forma considerável o rendimento do raciocínio. A conscientização sobre a inspeção postural pode conduzir à redução de possíveis alterações posturais e à melhor qualidade de vida (VERDERI, 2001).

A Fisioterapia contribui para o desenvolvimento de bons níveis de saúde escolar, combatendo o aparecimento da evolução das alterações posturais, evitando enfermidades futuras, principalmente na coluna vertebral, aperfeiçoando o rendimento do aluno e promovendo o bem-estar físico e emocional (BACK, 2009).

### **Ilustração 10 - Situação-problema 8 (Explicação sobre Alteração Postural).**

Esta página consiste numa explicação teórica sobre o que é alteração postural mediante uma linguagem apropriada ao público alvo.

### **Ilustração 11 - Situação-problema 9 (Lívia dá dicas a Pedrinho).**

A ilustração de número 11 mostra Lívia explicando que, se Pedro não tiver bons hábitos de postura, vai acabar com uma alteração postural. Na história, essa notícia deixa o garoto amedrontado.

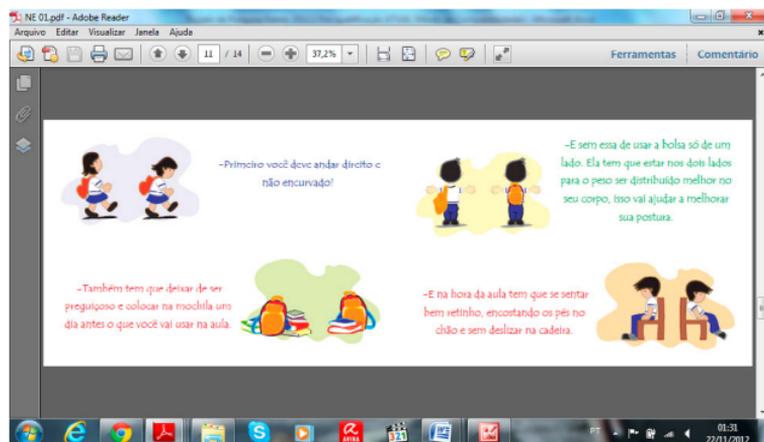
A avaliação destas páginas foi positiva, pois nenhum dos avaliadores indicou alguma mudança a ser realizada.

A maioria dos problemas posturais tem origem na infância, uma vez que as crianças em idade escolar se encontram em período de acomodação das suas estruturas anatômicas. Os mais recorrentes desvios posturais durante o crescimento são, entretanto, classificados como “desvio de desenvolvimento”, e quando os padrões se tornam habituais, podem resultar em alterações posturais. Dentre as alterações, pode-se mencionar como exemplo: escolioses, hipercifose, hiperlordose, as quais prejudicam o desenvolvimento normal da postura na criança (BACK; LIMA, 2006; ALMEIDA, 2006).

### **Ilustração 12 - Situação-problema 10 (Formas corretas e incorretas de andar, carregar a mochila, sentar e da quantidade de livros na mochila escolar).**

A página foi avaliada de forma positiva, não havendo solicitação de mudança por nenhum dos avaliadores.

## Ilustração 12 - Página 9 do livro.



Fonte: Dados da Pesquisa

No caso de jovens em contexto escolar, observam-se padrões de postura inadequados durante a marcha, ao carregar mochilas e até mesmo ao sentar. Esses problemas são consequência de vários fatores, entre os quais se destacam a postura inadequada, o transporte desajustado de objetos, a obesidade, o sedentarismo, as tensões e a inadequação do mobiliário (REGO; SCARTONI, 2008).

Carregar a mochila unilateralmente, em geral pelo lado dominante, aumenta as possibilidades de problemas posturais no futuro. Por isso, não se deve carregar a mochila escolar de um lado só dos ombros. A mochila que contém uma só alça deve ser carregada sobre o ombro oposto, não no dominante. Para carregar a mochila com duas alças, que é a forma mais indicada, deve-se colocá-la bem alta nas costas, ajustando as duas alças igualmente, distribuindo assim seu peso de modo mais uniforme sobre o corpo, evitando um desequilíbrio postural (PIMENTEL, 2001).

O transporte de todo o material escolar é realizado pela mochila, porém deve existir o hábito de colocação de material necessário apenas para um dia de aula, evitando assim o peso excessivo na mochila (SIAMBANES et. al., 2004).

A postura correta do escolar na posição sentada é ereta com apoio da coluna no encosto da cadeira. Alguns estudos afirmam que sentar com o tronco inclinado para a frente faz com que a pressão no núcleo do disco aumente, uma vez que a lombar se torna retificada e os músculos posteriores da coluna se contraem para agir contra o efeito de gravidade no tronco, prejudicando, dessa forma, toda a harmonia postural. Quanto ao apoio das nádegas sobre a cadeira escolar, a postura correta a ser adotada pelas crianças seria com apoio nos ísquios e não no sacro, o que acontece quando eles sentam escorregando na cadeira (REBOLHO, 2005).

É de fundamental importância o apoio correto dos pés ao chão, para assim serem aliviadas pressões desnecessárias em outras regiões do corpo, como, por exemplo, nas pernas (NASCIMENTO, 2005).

O modo de fazer a descarga de peso correta e não sobrecarregar a coluna lombar na posição sentada é sentar-se sobre os ísquios e não em cima do sacro (ALMEIDA, 2005).

A postura também depende muito do hábito e treino, sendo que, através deles, é possível adquirir posturas corretas, de tal modo que isso se torna um ato automático e subconsciente. É necessário que se faça um policiamento da postura, não apenas quando se está estático, descansando, como muitas pessoas o fazem, pois o corpo está sempre sendo suportado pelos elementos de sustentação, em especial pela coluna vertebral, seja quando se está em pé, andando, sentado ou deitado (CORREA; PEREIRA; SILVA, 2005).

### **Ilustração 13 - Situação-problema 11 (Pedrinho se comprometendo a colocar tudo em prática)**

A ilustração de número 13 mostra Pedrinho dizendo à Amanda que vai começar a praticar os ensinamentos para melhorar sua postura e seu rendimento escolar.

A página 10 foi aprovada por quatro avaliadores, sendo solicitada a mudança da fonte utilizada na narração.

As avaliações e orientações posturais realizadas nas escolas podem contribuir muito para a sociedade, evitando enfermidades futuras na coluna vertebral, melhorando o rendimento do aluno e promovendo o seu bem-estar físico e emocional (BRACCIALLI; VILARTA, 2000).

### **Ilustração 14 - Situação-problema 12 (Pedrinho feliz após colocar em prática todas as dicas)**

Esta ilustração foi avaliada de forma favorável. Um avaliador solicitou a mudança da cena do jardim para a sala de aula.

### **Ilustração 15 - Página 11 do livro.**



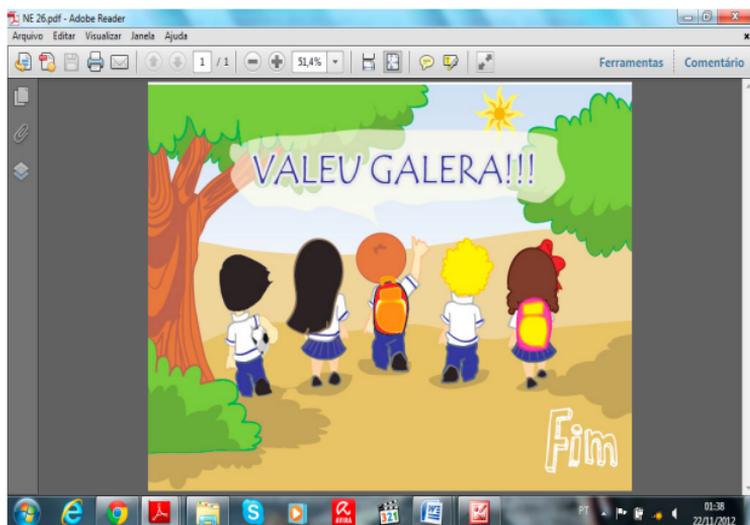
Fonte: Dados da Pesquisa

Uma postura adequada na infância, ou a correção precoce de desvios posturais nessa fase, possibilita padrões posturais corretos na vida adulta, pois é nesse período que acontecem as adaptações e os desenvolvimentos musculoesqueléticos, tornando assim a fase ideal para recuperar disfunções da coluna de maneira mais eficaz. Estudos mostram que, após esse período, o prognóstico torna-se mais difícil e o tratamento mais prolongado (BARBARA, 2010).

### **Ilustração 15 - Situação-problema 13 (Pedrinho já enturmado indo embora com a turma).**

A ilustração de número 15 mostra toda a turma indo embora e Pedrinho agradecendo a todos.

### **Ilustração 15 - Página 12 do livro.**



Fonte: Dados da Pesquisa

A produção desta tecnologia leve revelou-se para os autores deste texto como um desafio, pois se passou por etapas que fogem da prática a qual nossa profissão está acostumada. Buscou-se utilizar conteúdos teóricos com bastante criatividade, no intuito de propiciar aos escolares um momento de reflexão sobre seus hábitos posturais, principalmente no âmbito escolar.

No que concerne à avaliação, a tecnologia desenvolvida foi avaliada de maneira favorável, pois, conforme observado nos resultados, os especialistas solicitaram mínimos ajustes, com ausência de discordância superior à metade da quantidade de avaliadores.

Percebe-se que esta pesquisa poderá ter continuidade, com a validação desta tecnologia, mediante as avaliações realizadas com escolares e professores.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T.B. **Análise do peso corporal em relação ao peso da mochila escolar em uma escola privada no Município de Tubarão/SC.** 2006. 65 f. Graduação - Universidade do Sul de Santa Catarina, Santa Catarina, 2005.

ARAÚJO, C. **Contributo para o plano de formação sobre higiene postural no âmbito da saúde escolar na área de abrangência do Centro de Saúde de Cascais.** 2002. Graduação - Curso de licenciatura em Fisioterapia. Alcoitão, 2002.

BACK, C.M.Z. Fisioterapia na escola: avaliação postural. **Fisioterapia Brasil**, v.10 pag. 72-7, jul. 2009.

\_\_\_\_\_.LIMA, I. A. X. **Fisioterapia na escola: Avaliação Postural.** Santa Catarina- RS,{s.n}, 2006.

BARBARA, P. I. O. **Avaliação da postura corporal em estudantes do ensino superior.** Porto, {s.n}, 2010.

BRACCIALLI, L. M. P.; VILARTA, R. Aspectos a serem Considerados na Elaboração de Programas de Prevenção e Orientação de Problemas Posturais. **Rev. Paulista de Educação Física.** São Paulo, v.14, pag. 16-28, jul.-dez. 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.** Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

CORREA, A. L.; PEREIRA, J. S.; SILVA, M. A. G. Avaliação dos desvios posturais em escolares: Estudo preliminar. **Rev. Fisioterapia Brasil.** {s.l}, v.6, n.3, pag. 175-178, mai./jun. 2005.

DETSCH, C.; et al. Prevalência de alterações posturais em escolares do ensino médio em uma cidade no Sul do Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica.** v.21, n.4, pag. 231-238, abr. 2007.

FANOR. **Projeto Fisioterapia em Ação na Escola.** Fortaleza, 2012.

FREIRE, P. **Educação e mudança.** 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1979.

LAKATOS, E. M., MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LIMA, I.A. X. **Estudo da prevalência de alterações posturais em escolares do ensino fundamental do município de Florianópolis/SC.** 2005. Graduação. Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2006.

MACHADO, E.P; HADAD, J.G.V; ZOBOLI, E.L.C.P. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica. **Rev. Centro Universitário São Camilo.** São Paulo, v.4, n.4, pag. 447-452, 2010.

MADRIGAL, C; SALES, V. S; VITTA, A. Peso corporal e peso do material escolar transportado por crianças em idade escolar. **Fisioterapia Movimento**. Bauru, v. 2, n. 5, pag.280, set.-out, 2001.

MARTINS, M.C.; **Intervenção educativa para utilização de alimentos regionais por famílias de pré-escolares**. 2010. 162 f. Doutorado- Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

MEDEIROS, K.; LOTUFO, S. Cuidado com a mochila! Excesso de peso na bolsa pode provocar problemas na coluna e nos ombros. FLEURY: **Medicina e Saúde**, São Paulo, 2008.

MONTEIRO, B. S. et al. **Metodologia de desenvolvimento de objetos de aprendizagem com foco na aprendizagem significativa**. XVII SIMPÓSIO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA NA EDUCAÇÃO, Paraíba, {s.n}, 2006. Brasília: SBIE, 2006. p. 388 - 397. Disponível em: <<http://ceie-sbc.educacao.ws/pub/index.php/sbie/article/view/499/485>>. Acesso em: 19 set. 2012

NASCIMENTO, B. M. **A influência da mochila escolar nos distúrbios musculoesqueléticos em adolescentes do ensino médio**. Tubarão. Santa Catarina, 2005. Univerisdade do Sul de santa Catarina.

NIETSCHE, E. A. *et al.* Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 344-352, jun. 2005.

PEREZ, V. **A influência do mobiliário e da mochila escolares nos distúrbios músculo- esqueléticos em crianças e adolescentes**. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. 2002.

PIMENTEL, P. **Tito, um professor muito especial.**: São Paulo. Phorte Editora: 2001.

PRAZERES, V. Escola e promoção da saúde. **Rev.Cidade solidária**, v.8, pág. 34-37. {s.l}, 2002.

REBOLHO, M.C.T. **Efeitos da educação postural nas mudanças de hábitos em escolares das 1ª a 4ª séries do ensino fundamental**. São Paulo, {s.n}, 2005.

REGO, A.R.O.N; SCARTONI, F.R. Alterações posturais de alunos de 5º e 6º séries do Ensino Fundamental. **Fitness Performance**. v.7, n.1 p.10-5, 2008.

RIBEIRO, P. **Colégio Rio Branco conscientiza alunos para uso correto da Mochila Escolar**. Fundação de Rotarianos de São Paulo. 2007.

SIAMBANES, D. et al. Influence of school backpacks on adolescent back pain. **Journal of Pediatric Orthopedics**, v.24,n.2, pag 211-217,abr, 2004.

VERDERI, E. **Programa de educação postural**. São Paulo: Phort, 2001.

ZAPATER, A. R; SILVERADA, D. M; PADOVANI, C. R; SILVA, J. C. P. Postura sentada: a eficácia de um programa de educação para escolares. **Ciências & Saúde Coletiva**. v.1, n.9, pág: 191-199, jan./ fev., 2004.

# DROGAS Y ALCOHOL EN ADOLESCENTES: TENDENCIAS DEL CONSUMO

Valentín Gavidia

Marta Talavera

## RESUMEN

El presente trabajo se propone estudiar los hábitos de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes de la ciudad de Valencia, haciendo especial hincapié en cómo ha evolucionado su consumo desde 1994. Se recogió información de una muestra estadísticamente representativa con un total de 876 alumnos, repartidos entre 429 varones y 438 mujeres, de edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, todos ellos estudiantes de Secundaria, Bachillerato o Ciclos Formativos, a través de un formulario validado.

Se obtienen resultados para el consumo de tabaco, de alcohol, de hachis y de otras drogas. Se diferencia el consumo por géneros y se estudia su evolución con referencia a los datos obtenidos en estudios anteriores. Tanto el consumo de tabaco como el de alcohol ha descendido, si observamos el porcentaje de quienes declaran no haber probado nunca estas drogas. En cambio, ha aumentado el número de adolescentes que fuma o bebe a diario.

En general, hay un aumento generalizado en el consumo de todas las drogas en los fines de semana tanto en chicos como en chicas, relacionando su consumo con sus actividades lúdicas.

## **PALABRAS CLAVES:**

Adolescencia, Drogadicción, Alcohol, Tabaco, Prevención de Drogodependencias.

## **INTRODUCCIÓN**

Son numerosos los estudios que señalan la etapa adolescente como la de mayor riesgo en el inicio del consumo de drogas con una oscilación de los tramos de edad que dependen de la droga de la que se trate. Por tanto, conocer el consumo juvenil de drogas puede aportarnos una información de gran importancia, tanto para la prevención de su consumo como para la previsión de la dimensión que pueda alcanzar este problema en los próximos años (Sánchez, 2000). Un marco idóneo para el estudio de este tema es el propio centro escolar (Alcalá, 2002) donde los adolescentes viven gran parte del día y aprenden comportamientos y estilos de vida.

Se han realizado numerosos estudios para conocer este consumo y sus condicionantes, tanto en adolescentes como en la población general. La mayor parte de estos estudios están de acuerdo en que existe una tendencia, especialmente entre los adolescentes, a aumentar el número de los que han probado las drogas alguna vez, pero a disminuir el consumo continuado de estas (Sánchez, 2000; Núñez, 1998, Pons, 1998). Este consumo se da cada vez más los fin de semana, asociado a la cultura del ocio y a la influencia de los compañeros y amistades, como confirma la Encuesta sobre drogas a población escolar (DGPND, 2002; Observatorio Español sobre Drogas, 2001).

Uno de los problemas de este consumo, además de los efectos perjudiciales para la salud, es la falta de información

sobre drogas que poseen los adolescentes, y lo que es peor, la confusión y los errores que circundan dicha información y que hace que consideren a las drogas como el alcohol o el tabaco como no perjudiciales, y a otras como el cannabis, como no peligrosas, a pesar de que las drogas se cobran cada año entre 7000 y 8000 muertes en la Unión Europea (Observatorio Nacional de Drogas y Tox., 2002).

Por todo ello, el presente trabajo se propone estudiar más a fondo los hábitos de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes de una ciudad como la de Valencia, haciendo especial hincapié en cómo ha evolucionado su consumo y cuales son las características de las fuentes de información que manejan los adolescentes sobre este tema, a fin de poder colaborar en la elaboración de programas de prevención del consumo y conductas saludables en los centros docentes.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Este trabajo forma parte de un estudio más amplio, diseñado para conocer los hábitos de salud de los adolescentes de la ciudad de Valencia y realizado durante el curso escolar 2012-2013. Para la obtención de datos en este estudio se utilizó un cuestionario validado compuesto por 74 preguntas cerradas en las que se tenían en cuenta las variables de edad, sexo y el nivel socio económico, y se exploraba el consumo de drogas, la actitud frente a los problemas sociales, los hábitos alimentarios, etc., que caracterizan los estilos de vida de la población seleccionada.

Se recogió información de una muestra estadísticamente representativa con un total de 876 alumnos, repartidos entre

429 varones y 438 mujeres, de edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, todos ellos estudiantes de Secundaria, Bachillerato o Ciclos Formativos.

El muestreo se realizó de forma aleatoria en Institutos Públicos y Colegios Concertados de Enseñanza Secundaria de la Ciudad de Valencia, de forma que quedaran representados todos los centros docentes de la misma. Se abarcó el perímetro de la ciudad seleccionando ubicaciones lo suficientemente alejadas entre sí para conseguir un espectro lo más amplio posible de población, de forma que estuvieran presentes todos los estratos sociales.

Antes de pasar el cuestionario se procedió a su validación, sometiendo el contenido del mismo a un comité de expertos en Educación para la Salud, que comprobaron que los contenidos, la terminología y el lenguaje pudieran adaptarse con facilidad a las diferentes edades de los encuestados.

El ensayo piloto permitió comprobar su grado de comprensión y aceptación por parte del alumnado. Una cuestión importante fue determinar la duración media del tiempo de respuesta, la cual no debía exceder de los cincuenta minutos ya que es lo que suelen durar las clases dedicadas a las tareas de tutoría y en donde se pasaba el cuestionario, a fin de no cansar a los alumnos ni entorpecer la marcha del centro docente. El cuestionario posee un apartado introductorio en el que se presentan las instrucciones para completarlo y se asegura su anonimato. Con este ensayo se unificaron los criterios de selección.

Teniendo en cuenta todas las aportaciones obtenidas se elaboró el cuestionario definitivo en el que se reflejaban las

variables necesarias para la realización del estudio, centrándose fundamentalmente en las relativas al consumo de drogas y alcohol, y que se reflejan en la tabla 1.

<p style="text-align: center;"><b><u>SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS</u></b></p> <p><b>Edad .....</b></p> <p><b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer</p> <p><b>1. ¿Consumes o has consumido tabaco?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Solo fines de semana</p> <p><input type="checkbox"/> Una vez o más a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo alguna vez</p> <p><input type="checkbox"/> Fumo a diario</p> <p><b>2. ¿Consumes o has consumido alcohol?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Solo fines de semana</p> <p><input type="checkbox"/> Una vez o más a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo alguna vez</p> <p><input type="checkbox"/> Bebo a diario</p> <p><b>3. ¿Consumes o has consumido hachís?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Solo fines de semana</p> <p><input type="checkbox"/> Una vez o más a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo alguna vez</p> <p><input type="checkbox"/> Lo consumo a diario</p> <p><b>4. ¿Consumes otro tipo de drogas?</b> (Si contestas No pasa a la pregunta 7)</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
--

Tabla 1. Cuestionario de recogida de datos

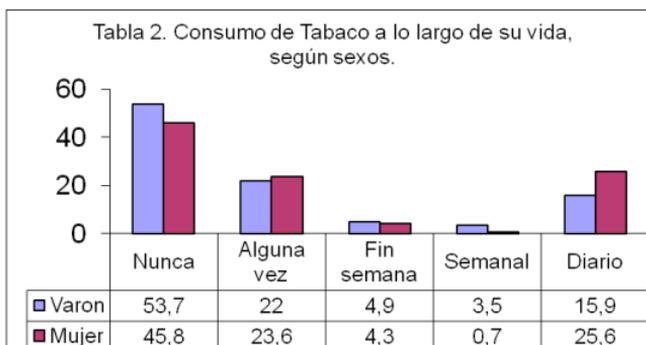
Una sola persona introdujo los datos obtenidos en una base de datos diseñada para este propósito. Posteriormente, éstos se analizaron con programas estándares para el análisis en Ciencias Sociales (SPSS v13). De este modo se obtuvieron una serie de estadísticos descriptivos con los que se elaboraron las discusiones del estudio que presentamos a continuación. Para realizar las comparaciones pertinentes, se tuvo en cuenta el estudio realizado en 1994, en la misma ciudad, con población semejante, utilizando una encuesta semejante y con la misma metodología.

## **RESULTADOS**

Los resultados obtenidos se presentan agrupados según las variables elegidas. En cada una de ellas se establece su consumo actual, se diferencia el consumo por género y se estudia su evolución con referencia al año 1994.

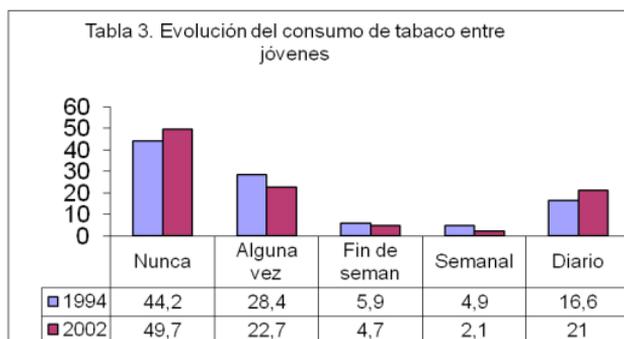
### **Consumo de Tabaco**

El 49.7% de los adolescentes encuestados no ha probado nunca el tabaco y el 22.8% lo ha probado únicamente alguna vez. El 4.6% de los jóvenes suelen fumar el fin de semana y un 2% lo hace varias veces durante el resto de la semana. Casi el 30% afirma fumar a diario. Por sexos, el 53.7% de los varones no han fumado nunca, mientras que este porcentaje se sitúa en el 45.8% de las mujeres. De entre los que fuman a diario, el 15.9% son varones y el 25.6% mujeres.



### Evolución del consumo de tabaco

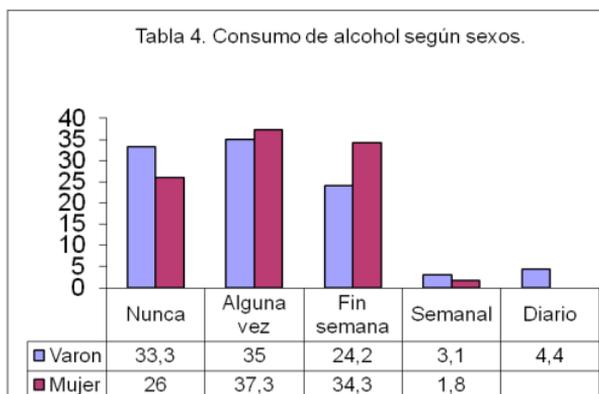
El 44.2% de los adolescentes encuestados no había probado el tabaco en 1994, porcentaje que aumenta a un 49.7% en la muestra del 2012. Del mismo modo desciende levemente el número de adolescente que han fumado alguna vez y también descienden quienes realizan este consumo durante el fin de semana. Así en 1994 el 28% decía haber fumado alguna vez y el 4.9% fumaba los fines de semana frente a un 22.7% que ha fumado alguna vez y un 4.7% que fuma los fines de semana en la muestra del 2012, como se observa en la tabla 3. Casi el 5% de los jóvenes solía fumar durante la semana en la muestra de 1994 y el 16.6% lo hacía a diario. Este último porcentaje ha aumentado hasta el 21% en la muestra actual.



## Consumo de Alcohol

El 29.6% de los adolescentes se declara abstemio y el 36.5% ha probado alguna vez el alcohol. Un 29.3% bebe alcohol los fines de semana y un 2.4% durante la semana. Un 4.4% bebe alcohol habitualmente todos los días.

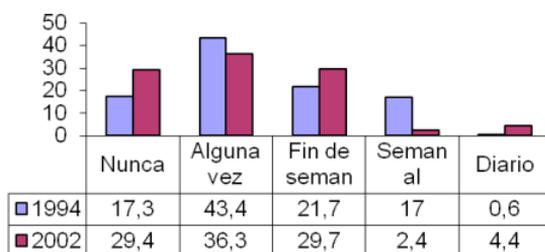
Por sexos, el 26% de las mujeres no ha probado nunca el alcohol y el 37.9% lo probó alguna vez, frente al 33.3% de los varones que no ha bebido nunca y el 35% que lo hizo sólo alguna vez. Sólo los varones confiesan un consumo diario en un 4.4%.



## Evolución del consumo de alcohol

En la muestra actual aumenta el número de abstemios respecto al 1994, pasando de un 17.3% al 29.4%. Al mismo tiempo descienden los jóvenes que lo han probado alguna vez, pero aumenta el consumo de fin de semana y el consumo diario. Desciende bruscamente el consumo durante la semana desde un 17% que lo hacía en 1994 hasta un 2.4% en la muestra actual.

Tabla 5. Evolución del consumo de alcohol entre los adolescentes.



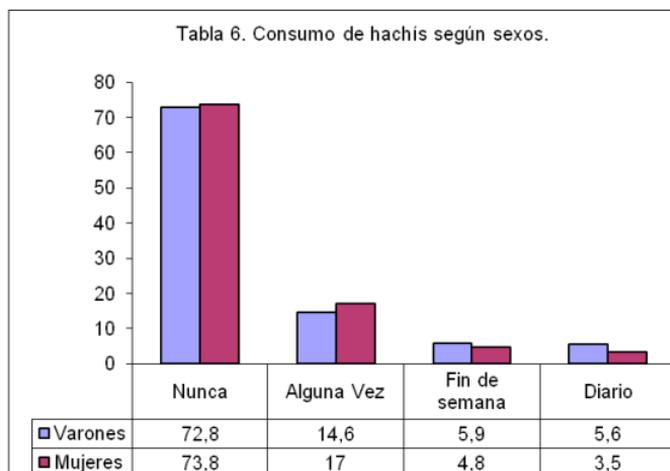
## Consumo de Hachis

En el estudio de 2012, el 73% de los jóvenes de la muestra no ha probado nunca el hachís, el 4.1% declara consumirlo o haberlo consumido a diario, el 17,5% de los adolescente lo ha consumido alguna vez y el 5.4% lo toma los fines de semana.

Diferenciando el consumo entre varones y mujeres, observamos que el 72.8% de los varones consultados y el 73.8% de las mujeres, afirman no haber probado nunca el hachís. Un 17% de las mujeres lo probó alguna vez y un 14.6% de los

varones. Entre quienes si suelen consumir, el consumo es algo habitual de los fines de semana para el 5.9% de los varones y el 4.8% de las mujeres. Entre los varones que consumen, el 5.6% de ellos lo toma o lo ha tomado a diario, igual que el 3.5% de las mujeres.

Debemos puntualizar que entre quienes consumen habitualmente hachís, el 68% también toman otras drogas y el 21,9% dice que también, alguna vez, han consumido otras drogas.

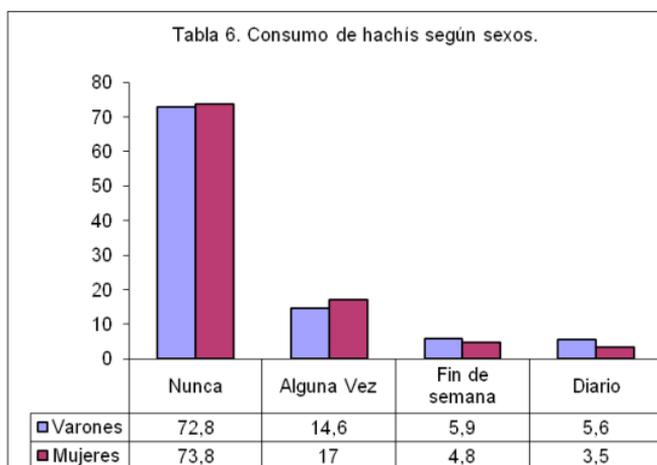


## Consumo de Hachis

En el estudio de 2012, el 73% de los jóvenes de la muestra no ha probado nunca el hachís, el 4.1% declara consumirlo o haberlo consumido a diario, el 17,5% de los adolescente lo ha consumido alguna vez y el 5.4% lo toma los fines de semana.

Diferenciando el consumo entre varones y mujeres, observamos que el 72.8% de los varones consultados y el 73.8% de las mujeres, afirman no haber probado nunca el hachís. Un 17% de las mujeres lo probó alguna vez y un 14.6% de los varones. Entre quienes si suelen consumir, el consumo es algo habitual de los fines de semana para el 5.9% de los varones y el 4.8% de las mujeres. Entre los varones que consumen, el 5.6% de ellos lo toma o lo ha tomado a diario, igual que el 3.5% de las mujeres.

Debemos puntualizar que entre quienes consumen habitualmente hachís, el 68% también toman otras drogas y el 21,9% dice que también, alguna vez, han consumido otras drogas.



### Consumo de otras drogas

Respecto al resto de drogas ilegales diferentes del hachís, el 10.3% de los adolescentes declara consumirlas o haberlas consumido y el 89,7% que nunca las ha probado. Entre los

que declaran consumirlas o haberlas consumido, para el 2,6% es algo habitual, el consumo tiene lugar los fines de semana para el 37.8%, y para el 60.4% restante sólo las ha probado alguna vez.

Las otras drogas consumidas por este 10,3% de la población juvenil son:

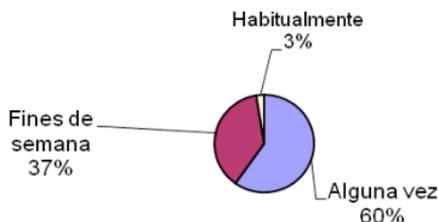
- Las anfetaminas, consumidas por el 59.1% de esta población.
- La cocaína, utilizada por el 45.5% de estos adolescentes.
- La heroína, que la consumen el 6.8%.
- La cola, por el 5.7% de la muestra.

Los varones son mayores consumidores de este tipo de drogas, con un 11.3%, frente al 8.7% de las mujeres.

### **Evolución del consumo de otras drogas**

Respecto a la muestra de 1994, ha aumentado el número de jóvenes que no han probado nunca otras drogas, pasando del 17.3% al 29,4% actual. Ha descendido el porcentaje de quienes sólo las ha probado alguna vez de un 43.4% en 1994 a un 36,3% en 2012 y también hay un descenso brusco entre quienes las consumían semanalmente desde el 17% de 1994 al 2.4% actual. En cambio ha aumentado tanto el consumo de fin de semana (de un 21.7% a un 29.7%) como el consumo diario (del 06% al 2.1%). Tabla 7.

Tabla 7b. Frecuencia del consumo de otras drogas (Entre quienes si las consumen)



## RELACIÓN ENTRE EL TABACO Y OTRAS DROGAS

Diversos estudios (Sánchez, 2000; Núñez, 1998; Pons, 1998) correlacionan el consumo temprano de tabaco y alcohol con el inicio en el consumo de otras drogas. En el presente trabajo se corroboran estas afirmaciones.

- Relación Tabaco-Alcohol

Entre quienes nunca han fumado tabaco, el 50.8%, tampoco ha probado el alcohol, un 35.3% lo ha probado alguna vez y el 12.3% lo hace sólo en los fines de semana. Estudiando las diferencias por género, observamos que entre los varones no fumadores, el 10% suele beber alcohol los fines de semana, cosa que no ocurre con las mujeres.

De los fumadores habituales, el 50.9% de los varones suele beber el fin de semana, lo que ocurre también con el 61.7% de las mujeres fumadoras.

- Relación Tabaco-Otras drogas

Entre los fumadores habituales, el 13.4%, también consumen hachís diariamente, el 41.6% toma hachís alguna vez, el 16.1% lo toma los fines de semana. Además, un 30.3% de estos fumadores también toma otras drogas diariamente. Por el contrario, el 97% de quienes no han fumado tabaco nunca, tampoco han consumido hachís.

## FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE DROGAS

La mayor fuente de información sobre drogas para la población estudiada son los compañeros y amigos, seguidos de los padres y la televisión. En un nivel intermedio se sitúan los profesores y maestros. Las peores fuentes de información sobre estos temas, los adolescentes confiesan que son Internet y la radio.

Podemos señalar que aquí también existe una diferencia entre varones y mujeres ya que para los varones las fuentes de información más importantes son los padres y hermanos, así como la prensa escrita, los libros y la televisión. Mientras que para las chicas, los amigos y los profesores son quienes más información les proporcionan, junto a la asistencia a charlas y el escuchar la radio.

Tabla 8. Clasificación de las diferentes fuentes de información para los adolescentes sobre drogas.

Fuente de información	Información proporcionada /porcentaje de respuestas			
	Nada	Poca	Bastante	Mucha
<i>Internet</i>	92.1 %	5.9 %	1.0 %	0.9 %
<i>Radio</i>	90.3 %	5.8 %	1.9 %	1.9 %
<i>Libros</i>	89.0 %	6.4 %	2.2 %	2.4 %
<i>Hermanos / as</i>	85.3 %	7.4 %	4.1 %	3.2 %
<i>Periódicos, revistas</i>	75.0 %	13.1 %	8.3 %	3.5 %
<i>Charlas, conferencias</i>	62.9 %	17.6 %	7.9 %	11.6 %
<i>Profesores, maestros</i>	56.2 %	19.7 %	12.2 %	11.9 %
<i>Padres</i>	48.1 %	21.9 %	13.5 %	16.5 %
<i>Televisión</i>	45.2 %	26.4 %	14.6 %	13.8 %
<i>Compañeros, amigos</i>	43.9 %	22.4 %	12.4 %	21.2 %

## Evolución de la importancia de las fuentes de información

Comparando estos resultados con los obtenidos en la encuesta de 1994 observamos que los padres eran la mayor fuente de información, proporcionándola al 37.7% de los encuestados, mientras que en el estudio actual, este lugar lo ocupan los amigos y compañeros. Contra lo que se podría prever, la televisión también ha disminuido su influencia respecto a los años anteriores, pero la prensa y las revistas se mantienen en el mismo nivel. Las charlas han descendido de interés como fuente de información para los jóvenes así como los profesores y maestros.

Tabla 9. Evolución de las fuentes de información sobre drogas que reciben.

<i>Origen de la información*</i>	<i>1994</i>	<i>2012**</i>
Amigos, compañeros	19.8 %	33.6 %
Padres	37.7 %	30.0 %
Televisión	36.3 %	28.4 %
Libros, charlas, conferencias	13.0 %	24.1 %
Profesores y maestros	16.3 %	24.1 %
Periódicos, revistas	11.8 %	11.8 %
Hermanos / as	6.0 %	7.3 %
Internet	---	1.9 %

\*Cada sujeto puede seleccionar más de una respuesta

\*\* Esta información procede de la suma de las dos últimas columnas de la tabla anterior

## DISCUSIÓN

Como afirman otros estudios (Informe del Plan Nacional sobre Drogas, 2001), tanto el consumo de tabaco como el de alcohol ha descendido, si observamos el porcentaje total de quienes declaran no haber probado nunca estas drogas. En cambio, ha aumentado el número de adolescentes que fuma o bebe a diario. Esto es, iniciados en su consumo, permanecen adictos a él en una mayor proporción.

Un mayor porcentaje de mujeres que de varones, prueban por primera vez el tabaco y se mantienen en un consumo diario. En cuanto al alcohol, sólo algunos varones confiesan beberlo a diario.

No parecen diferencias significativas entre varones y mujeres sobre el consumo de hachís.

En general, hay un aumento generalizado del consumo de todas las drogas en los fines de semana, tanto entre chicos como entre las chicas.

Este consumo, además responde a unos patrones que se repiten en todas las comunidades autónomas de nuestro país, y consiste en la asociación en el consumo de varias drogas, tanto legales como ilegales, y su utilización como forma de diversión, tanto en los fines de semana como en los tiempos de ocio compartido con los amigos y amigas.

Por otra parte, una vez iniciado el consumo de drogas legales, se detecta un importante número de casos en los que sirve de escalafón para generar un consumo de otras drogas, como el hachís o el cannabis, de uso cada vez más extendido entre los adolescentes.

Consideramos que gran parte de los problemas que produce el consumo de drogas podrían evitarse con una buena información sobre los efectos perjudiciales que tiene para su salud, pero debemos pensar que la mayor fuente información para lo jóvenes son sus propios compañeros, los mismos que en muchas ocasiones, probablemente, les inicien en el consumo.

Resultados como los presentes deben tenerse en cuenta al diseñar políticas de prevención y programas de informac-

ón sobre drogas, ya que se conseguiría evitar gran parte de las muertes que se asocian , de uno u otro modo al consumo de estas sustancias.

## REFERENCIAS

Alcalá Garrido M, et al.(2002). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes. Medicina de Familia, 2: 81-87.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (DGPND) (2002). Encuesta sobre drogas a la población escolar. Ministerio del Interior, Madrid.

Núñez Pérez, A; Soto Carballada, C; Castro Pastor, A. (1998). Consumo de drogas en España: reflexiones sobre sus tendencias epidemiológicas y sociales. Psiquiatría Social, 10 (6): 355-60.

Observatorio Español sobre Drogas. (2001). Informe nº5. Ministerio del Interior, Madrid.

Pons, J. Descripción de los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes de la ciudad de Valencia. Adicciones, 10 (4): 305-314.

Sánchez Hervás, E. (2000). Uso de drogas en una muestra de adolescentes. Anales de Psicología, 16 (1): 79-84.

Talavera Ortega, M. (2003). Cambios en los estilos de vida de los jóvenes de Valencia. Un estudio diacrónico. Trabajo de Investigación Tercer Ciclo. Universidad de Valencia, Valencia.

# **PADRÃO DE CONSUMO E OS COMPORTAMENTOS DE RISCO ASSOCIADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE OS ESTUDANTES DA REGIÃO DO CARIRI CEARENSE**

Marcelo Dangllys Duarte Fernandes,  
Adriana Rolim Campos

## **INTRODUÇÃO**

O uso de substâncias psicoativas (drogas lícitas e ilícitas) constitui grave problema de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Tal realidade encontra equivalência no Território brasileiro, e o consumo de tais substâncias tem ressonância nos diversos segmentos da sociedade (DELBON; DA ROS; FERREIRA, 2006).

O Brasil, desde os anos 1980, graças a inúmeros investigadores, bem como a uma política de incentivo à pesquisa científica sobre o uso de substâncias psicotrópicas, é o país latino-americano que produz mais dados sobre dependência e padrões de consumo de drogas e álcool em populações específicas, incluindo estudantes do ensino médio e superior (KER-CORRÊA *et al.*, 1999).

Influências socioambientais podem favorecer o uso de tais substâncias entre universitários, em maior ou menor grau. Por exemplo, uma situação na qual o álcool é amplamente disponível e oferecido ativamente é, obviamente, mais favorecedora do que um ambiente no qual a oferta não acontece dessa forma. A seleção de colegas, a escolha do tipo de substância, o padrão de uso e a forma como o consumo é percebido parecem interagir nesse processo (PEUKER *et al.*, 2006).

Ao ingressarem na universidade, muitos adultos jovens vivenciam novas experiências, como se distanciar da família de origem pela primeira vez, residir com outros estudantes e experimentar a ausência da supervisão de adultos (WINDLE, 2003). Tais situações podem potencializar o uso de drogas lícitas e ilícitas e os riscos associados a elas. Sendo assim, a entrada na universidade configura-se como um período crítico, de maior vulnerabilidade para o início e a manutenção do consumo de álcool e outras drogas (PEUKER *et al.*, 2006).

Considerando que o uso de substâncias psicotrópicas é uma constante, que os estudantes universitários são vulneráveis ao uso de substâncias psicoativas e que o uso dessas, muitas vezes, resulta em comportamentos de riscos, foram analisados o padrão de consumo e os comportamentos de risco associados ao uso de substâncias psicoativas (drogas lícitas e ilícitas) entre os estudantes dos cursos do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Regional do Cariri (URCA).

Fazem parte do CCBS da URCA os cursos de Enfermagem, Educação Física e Ciências Biológicas. O que motivou a desenvolver um estudo com esses estudantes foi o fato de que eles levarão, como futuros profissionais da saúde e da educação, noções de saúde à comunidade.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário estruturado, anônimo e de autopreenchimento, adaptado do questionário elaborado pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), utilizado no 1º levantamento do uso de álcool e drogas entre os estudantes da UNESP (KERR-CORRÊA *et al.*, 1998). Ele foi distribuído aleatoriamente entre os estudantes de todos os semestres, no período de setembro de 2007 a março de 2008.

## CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDANTES DO CCBS

O estudo foi realizado com 114 acadêmicos dos cursos que compunham o CCBS da URCA. Dos 114 questionários fornecidos aos participantes da pesquisa, totalizaram-se 103 válidos (11 não foram devolvidos), correspondendo a 90,4% da amostra selecionada.

Os estudantes do CCBS/URCA foram analisados segundo a área de graduação, semestre em curso, caracterização sociodemográfica, práticas religiosas, caracterização socioeconômica, desempenho acadêmico e perspectivas profissionais. Houve participação de alunos de todos os semestres letivos. As características dos estudantes universitários estão discriminadas a seguir.

**Quadro 1. Distribuição dos questionários pelos cursos do CCBS**

<b>Curso</b>	<b>Número de alunos</b>	<b>%</b>
Ciências Biológicas	38	36,9
Educação Física	33	32,0
Enfermagem	32	31,1
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

Conforme o Quadro 2, a maioria dos alunos pesquisados era do sexo feminino (59,2%), com idade entre 17 a 25 anos (90,3%), solteira (95,1%) e morava com os pais (68,0%).

**Quadro 02. Caracterização sociodemográfica dos estudantes do CCBS**

Variável	Número de alunos	%
Sexo		
Masculino	42	40,8
Feminino	61	59,2
Idade		
17 – 19	23	22,3
20 – 22	51	49,5
23 – 25	19	18,5
26 – 28	06	5,8
29 – 31	04	3,9
Estado civil		
Solteiro(a)	98	95,1
Casado(a)	04	3,9
Separado(a)	01	1,0
Com quem mora?		
Pais	70	68,0
Amigos	14	13,5
Sozinho	03	2,9
Cônjuge	04	3,9
Outros familiares	12	11,7

Como a maioria dos estudantes morava com os pais, o contexto familiar era fundamental na definição das experiências de crescimento, desenvolvimento e elaboração da identidade, e deve ser visualizado como fenômeno dinâmico em que histórias de vida e projetos individuais interagem e se conformam no complexo de relações plurais e não excludentes,

de afetos, de poder e resistência, de conflitos e dominação, de cooperação e harmonia. Uma relação familiar conflituosa pode representar um fator de incentivo ao consumo de substâncias psicoativas (WANDERKOKEN E SIQUEIRA, 2011).

Na pesquisa, 75,8% dos entrevistados frequentavam a igreja pelo menos uma vez por mês. Esse fato é interessante, pois, de acordo com Hawkins *et al.* (1992), o envolvimento regular com atividades religiosas, crenças em normas e valores da sociedade constitui um fator de proteção ao uso de drogas.

A crença religiosa deve ser respeitada e valorizada pelos profissionais e familiares, mesmo que em desacordo no que concerne às crenças particulares, pois ela funciona como base de orientação para a abstinência e o tratamento. Muitas vezes, os dependentes não fazem nenhum tipo específico de terapia e apenas a religião ou a fé em alguma crença, associadas à sua participação em algum grupo dentro do espaço religioso, garantem a sua abstinência (GUTJAHR, 2010).

Analisando-se o Quadro 3, verifica-se que mais da metade dos entrevistados (68,9%) dependia até dois salários mínimos por mês. Supõe-se, então, que a maior parte dos alunos do CCBS da URCA era proveniente da classe econômica média e baixa. Um dado importante é que as mães possuem maior escolaridade: 26,2% possuíam nível superior completo e 35,9% concluíram o 2º grau (atual ensino médio), enquanto somente 16,5% dos pais concluíram o 2º grau.

**Quadro 03. Caracterização socioeconômica dos estudantes do CCBS**

<b>Variável</b>	<b>Número de alunos</b>	<b>%</b>
Gasto mensal (salários mínimos)		
2	71	68,9
3	11	10,7
4	01	1,9
5	01	1,0
6	04	3,9
Escolaridade do pai		
Sem educação formal	08	7,8
1º grau incompleto	27	26,2
1º grau completo	15	14,6
2º grau incompleto	06	5,8
2º grau completo	30	29,1
Superior completo	17	16,5
Escolaridade da mãe		
Sem educação formal	04	3,9
1º grau incompleto	16	15,5
1º grau completo	12	11,7
2º grau incompleto	07	6,8
2º grau completo	37	35,9
Superior completo	27	26,2
Mesada		
Não tem	61	59,2
Não é suficiente	05	4,9
Completa por outras fontes	08	7,8
É suficiente	07	6,8
Não sobra para lazer	07	6,8
Sobra para lazer	11	10,7

Nota-se que 59,2% dos estudantes não recebiam mesada, provavelmente porque a maioria residia com os pais e, quando isso acontece, estes suprem as necessidades financeiras dos filhos. Dos que recebiam mesada, 6,8% acreditavam que o valor era suficiente para seus gastos, 10,7% afirmaram que sobrava dinheiro para o lazer, 4,9% achavam o valor insuficiente e 7,8% precisavam completar o orçamento com outras fontes.

Com relação ao desempenho acadêmico e às perspectivas profissionais, 82,5% avaliaram como bom/excelente o seu desempenho escolar. Assim mesmo, 31,0% pensaram, em algum momento, em deixar a faculdade/abandonar o curso. Apesar disso, 88,3% deles estavam satisfeitos com a escolha profissional e cerca de 55,3% acreditavam que iriam obter realização profissional e financeira.

A maioria dos alunos relatou dispor de algumas horas livres aos finais de semana e de duas a quatro horas livres durante a semana. Quando faltavam às aulas, 45,6% deles ficavam em casa estudando, dormindo ou descansando. Quando tinham oportunidade de lazer, as principais atividades por eles selecionadas foram, em ordem decrescente: sair com amigos/namorado(a), assistir à televisão, utilizar computador/internet, frequentar bares/festas/boates, frequentar clubes/praticar esportes.

## **UTILIZAÇÃO DE ÁLCOOL E TABACO**

Na atualidade, há intenso conteúdo emocional, bem como apelos na mídia que levam adolescentes e jovens a fazerem uso de bebidas e cigarros. Há uma grande falta de controle na regulamentação das propagandas de substâncias psicoativas

de maior circulação social e, inclusive, de maior relevância no âmbito da saúde pública, como é o caso do álcool.

Discute-se também o acesso fácil a drogas como álcool e tabaco. Enquanto em países mais desenvolvidos a legislação atinente ao uso de álcool e drogas é mais rígida e cumprida, no Brasil, particularmente no caso de álcool, embora a legislação proíba a venda de bebidas para menores, essa lei é cumprida, acarretando no acesso livre para qualquer faixa de idade. Assim, não é pouco comum mães alcoolistas utilizarem seus filhos menores para comprarem bebidas (SIMÃO, 2000).

Observou-se que 87,4% dos estudantes do CCBS afirmaram ter utilizado álcool em suas vidas, sendo 65,0% no último ano e, destes, 48,5% o fizeram no último mês. Esses valores são semelhantes aos trabalhos com estudantes de Medicina de Kerr-Corrêa *et al.* (1999) e Mesquita *et al.* (1991), que variaram de 82% a 85,5%, respectivamente. Quando comparado aos dados do recente levantamento domiciliar sobre uso de drogas do CEBRID (GALDURÓZ *et al.*, 2005), nota-se que o uso de álcool entre a população de estudantes universitários não difere muito da população em geral (68,7%).

Também foi observado que mais homens (90,5%) do que mulheres (85,2%) fizeram uso de álcool no último ano (69,0%) e no último mês (54,8%). Esse é um dos achados epidemiológicos mais consistentes na literatura mundial, o qual afirma que os homens bebem mais do que as mulheres e os jovens bebem mais do que os idosos (FILLMORE *et al.*, 1991; WILSNACK & WILSNACK, 1996).

Relacionando o uso de álcool pelos cursos do CCBS, houve maior consumo entre os estudantes de Enfermagem (96,9%), Biologia (84,2%) e Educação Física (81,9%).

**Quadro 4. Uso de álcool pelos estudantes do CCBS**

Variável	Número de alunos		
	Vida	Ano*	Mês**
Sexo			
Masculino	38	29	23
Feminino	52	38	27
Curso			
Biologia	32	26	17
Educação	27	17	14
Física	31	24	19
Enfermagem			
Total	90	67	50

\*Último ano; \*\*Último mês.

O consumo de álcool é um fenômeno multidimensional, socialmente aceito em vários segmentos sociais e também entre os alunos. O uso excessivo de álcool por estudantes universitários representa, no entanto, um problema de saúde pública importante, e esse tipo de comportamento causa preocupações, pois, mesmo aqueles que não se embriagam nas universidades, estão sujeitos às consequências dos que o fazem, tornando-se vítimas de agressão física direta ou de motoristas alcoolizados (ANDRADE *et al.*, 1997; KERR-CORRÊA *et al.*, 1999; WESCHLER *et al.*, 1994).

Cerca de 50% dos acadêmicos afirmaram não ter usado álcool no último mês, 28,1% bebiam menos do que uma vez por semana e 18,5% ingeriam álcool uma ou mais vezes por semana. Uma pequena parcela dos universitários (1,9%) disse beber diariamente.

Pesquisa semelhante, realizada por Lucas *et al.* (2006), entre estudantes de saúde da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), demonstrou que, do total de 521 estudantes pesqui-

sados, 47,8% relataram haver tomado bebidas alcoólicas até a embriaguez em algum momento da vida; 6,1% o haviam feito num período de um a cinco dias no último mês; 4%, de seis a 19 dias no último mês; e 2,9%, de 20 dias ou mais no último mês.

Diversas pesquisas realizadas sobre o consumo de álcool entre jovens brasileiros apontaram que a forma do uso é semelhante a de países da Comunidade Britânica e aos EUA, e bem diferente de países como Portugal, Espanha e Itália. Entre estes, bebidas alcoólicas são como alimento e aprende-se a utilizá-las em casa, com os pais e outros familiares, em quantidades que poderão ou não aumentar com a idade. No Brasil, todavia, sair para beber significa, frequentemente, embebedar-se. É comum, e esperado pelos pais, receber os adolescentes e jovens bêbados como parte do ritual de iniciação à idade adulta (WESCHLER *et al.*, 1994; DIMEFF *et al.*, 1999).

Seguindo a análise de Dimeff *et al.* (1999), beber para se embriagar é ocorrência comum entre os universitários. Pessoas que se embriagam relatam envolvimento em atividades sexuais não planejadas, além de dirigirem alcoolizadas ou em companhia de motoristas alcoolizados, mais do que as que não bebem de tal forma. Entre os universitários, aumenta a ingestão alcoólica a cada ano do curso, e o ano de formatura se dá com grandes celebrações e farto uso de bebidas.

Uma observação importante é que a coleta de dados foi realizada no mês de outubro de 2007, após as tradicionais e principais festas da Região do Cariri Cearense, como a Festa de Santo Antônio (Barbalha-CE), o Juaforró (Juazeiro do Norte-CE) e a Expocrato (Crato-CE), época em que o consumo de bebidas alcoólicas entre estudantes universitários provavelmente é maior.

Quanto ao uso do tabaco, pode-se verificar que, entre os estudantes do CCBS, 28,2% já fumaram cigarros em algum momento de suas vidas, sendo 9,7% no último ano e 7,8% no último mês. Entre os estudantes de saúde da UFAM, em uma pesquisa realizada por Lucas *et al.* (2006), a prevalência do uso de cigarros na vida foi de 30,7%. Entre acadêmicos de Medicina, o número variou de 19,8% a 39% para o tabaco (KERR-CORRÊA *et al.*, 1999; MESQUITA *et al.*, 1991).

**Quadro 5. Uso de tabaco pelos estudantes do CCBS**

Variável	Número de alunos		
	Vida	Ano*	Mês**
Sexo			
Masculino	18	09	07
Feminino	11	01	01
Curso			
Biologia	08	01	01
Educação Física	09	04	04
Enfermagem	12	05	03
Total	29	10	08

\*Último ano; \*\*Último mês.

Os estudantes de Enfermagem também fumaram cigarros alguma vez na vida (37,5%), no entanto, os alunos de Educação Física utilizaram mais essa droga no último mês (12,1%). Analisando a frequência desse consumo, apenas 1,9% dos acadêmicos no geral fumava cigarros diariamente e possivelmente esse percentual era dependente do tabaco.

## USO DE DROGAS ILEGAIS

Os dados mostrados a seguir são resultado do levantamento de informações relacionadas ao uso de drogas consideradas ilícitas no País. Os relatos dos alunos foram considerados como verdadeiros para o uso de tais drogas, uma vez que o método empregado para a coleta dos dados assegurava o anonimato e teve baixo índice de rejeição.

Consoante Barros *et al.* (1992), essas iniciativas são vistas pelos estudantes como mecanismo de prevenção, e não de repressão, e a grande aceitação de pesquisas desse tipo aumenta a confiabilidade nas respostas.

Quanto às drogas psicotrópicas, as mais usadas pelos estudantes do CCBS foram os solventes (17,5%), a maconha (9,7%), as anfetaminas (6,8%), os sedativos (2,9%), a cocaína (2,9%), os anabolizantes (1,9%), os alucinógenos (1%) e o *ecstasy* (1%). Outros (10,7%) afirmaram ter experimentado outros tipos de drogas (Buclina<sup>®</sup> e Profol<sup>®</sup>).

Lucas *et al.* (2006) demonstraram que, dentre as drogas psicotrópicas ilegais, as mais usadas pelos estudantes de saúde da UFAM foram: solventes (11,9%), maconha (9,4%), anfetaminas (9,2%), cocaína (2,1%) e alucinógenos (1,2%). Além disso, 2,1% dos estudantes pesquisados citaram o uso de esteroides anabolizantes.

De acordo com Kerr-Côrrea *et al.* (1999), na Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), a maconha foi a droga ilegal mais usada (14,9% no último mês) entre os universitários, porém, os solventes (11,3% no último mês) foram os mais experimentados na vida (26,4%). Em terceiro lugar, após a maconha e os inalantes, vêm as anfetaminas

(8,5%) e os analgésicos (8,2%), seguidos de alucinógenos e cocaína (6,2%) e dos sedativos (3,5%). Apresentaram as menores prevalências de uso os anabolizantes (1,3%), o *crack* (1,1%) e o *ecstasy* (1%).

Pode-se observar, portanto, que a ingestão de tais drogas é constante no meio acadêmico e as prevalências para tal apontam percentuais e ordem de consumo muito semelhantes entre os estudantes (URCA,UFAM e UNESP).

Entre as drogas perturbadoras do sistema nervoso central, a maconha denotou maior prevalência entre os acadêmicos do CCBS (9,7%) e apareceu como o segundo maior consumo entre as drogas ilegais, atrás apenas dos inalantes. Os alunos do curso de Educação Física revelaram um consumo maior (15,1%). Verificou-se, também, que o uso da maconha foi mais frequente entre os alunos do sexo masculino (19,1%).

**Quadro 6. Uso de drogas perturbadoras do sistema nervoso central entre os alunos do CCBS.**

Variável	Maconha		Alucinógenos		<i>Ecstasy</i>	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Masculino	08	19,1	01	2,4	00	0,0
Feminino	02	3,3	00	0,0	01	1,6
Curso						
Biologia	02	5,3	01	2,6	00	0,0
Educação Física	05	15,1	00	0,0	01	3,0
Enfermagem	03	9,4	00	0,0	00	0,0
Total	10	9,7	01	1,0	01	1,0

O uso da maconha, o segundo maior entre as drogas ilegais, toma grande importância em decorrência da antiga discussão sobre o papel dessa droga na condução ao uso de outros tipos de psicotrópicos. Já foram encontrados dados comprovando que usuários universitários de maconha tiveram significativamente mais contato com outros tipos de droga do que os não usuários (MAGALHÃES *et al.*, 1991).

Os inalantes ou solventes foram as drogas mais experimentadas na vida pelos universitários do CCBS da URCA (17,5%). As percentagens referidas foram de 26,2% e 11,5% para os sexos masculino e feminino, respectivamente. Os universitários dos cursos de Enfermagem foram os que mais usaram solventes (28,1%).

Inalantes ou solventes são definidos como vapores ou gases que são inalados para se ficar “alegre”. Foram incluídas na pesquisa substâncias domésticas comuns, como colas, gasolina, tintas, esmalte, aerossóis e solventes. Essas drogas são bastante disseminadas entre jovens, adolescentes e mesmo crianças. No Brasil, ocorre um fenômeno interessante com os inalantes. Enquanto em países desenvolvidos seu uso está mais restrito a populações desfavorecidas do ponto de vista socioeconômico, aqui, pessoas provenientes de todas as classes sociais usam solventes, que são diferentes, dependendo do nível socioeconômico da pessoa. Assim, os meninos de rua cheiram cola de sapateiro, benzina, Thinner e substâncias voláteis semelhantes. Já os estudantes universitários, da classe média e alta de um modo geral, usam misturas de éter e clorofórmio (loló, lança-perfume, entre outros) (KERR-CORRÊA *et al.*, 1999).

**Quadro 7. Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central**

Variável	Solventes		Sedativos	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	11	26,2	01	2,4
Feminino	07	11,5	02	3,3
Curso				
Biologia	03	7,9	02	5,3
Educação	06	18,2	00	0,0
Física	09	28,1	01	3,1
Enfermagem				
Total	18	17,5	03	2,9

O uso de sedativos foi de 2,9%, sendo mais utilizados entre estudantes do sexo feminino (3,3%). O uso foi mais prevalente entre os acadêmicos de Biologia (5,3%).

As anfetaminas (moderadores de apetite) aparecem como a droga de terceiro maior consumo entre os acadêmicos do CCBS (6,8%), sendo mais usadas pelas universitárias (8,2%). O uso de tal droga foi maior entre alunos do curso de Enfermagem (9,4%).

Barcellos *et al.* (1997) estudaram o padrão de uso de anfetaminas em universitários de áreas diversas das ciências e demonstraram que, além de a prevalência ser maior no sexo feminino, a finalidade do uso também difere entre os sexos: uso como estimulante e pela recomendação de amigos entre os homens, e como anorexígeno e resultante de conversas com profissionais da saúde entre as mulheres.

Já o uso de cocaína foi de 2,9% e restrito apenas ao sexo masculino, assim como a utilização dos esteroides anabolizantes (1,9%). A prevalência de usuários do sexo masculino para o

uso de cocaína está em concordância com a maioria dos outros estudos similares, como os de Boskovitz *et al.* (1995) e Magalhães *et al.* (1991), confirmando que a população masculina está mais propensa à experimentação dessas substâncias.

**Quadro 8. Uso de drogas estimulantes do sistema nervoso central**

Variável	Anfetaminas		Cocaína	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	02	4,8	03	7,1
Feminino	05	8,2	00	3,0
Curso				
Biologia	03	7,9	01	2,6
Educação	01	3,0	01	3,0
Física	03	9,4	01	3,0
Enfermagem				
Total	07	6,8	03	2,9

Quanto ao uso de outras drogas, 10,7% relataram ter usado orexígenos (Buclina® e Profol®). Embora esses medicamentos não estejam sujeitos ao controle de venda e não sejam considerados psicotrópicos, mesmo exprimindo baixa ação anticolinérgica, considerou-se interessante descrever nesta pesquisa tal consumo, pois foram usados por uma grande parcela dos estudantes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados registrados sugerem a importância da instalação de um programa de prevenção para o uso de drogas, em especial, o álcool, que foi a substância mais utilizada entre os acadêmicos. Espera-se que, com isso, diminua o uso de outras drogas, além de outros problemas, como acidentes, gravidezes indesejadas e doenças sexualmente transmissíveis.

A intervenção consistiria em mostrar aos alunos com padrões de consumo alto de álcool os riscos em potencial de saúde associados a esse consumo, além de outros comportamentos de risco associados ao uso de álcool (como sexo sem proteção, obesidade, uso de outras drogas, acidentes automobilísticos e brigas), bem como sugerir estratégias específicas para tentar reduzir esses riscos. Acompanhando algumas intervenções realizadas nos EUA sobre tendências no uso de álcool, acredita-se que é possível influenciar e modificar o comportamento, principalmente quando se visa à moderação, em vez da proibição (WILSNACK, 1996).

O curso de Enfermagem poderá exercer papel fundamental no desenvolvimento de atividades de Educação em Saúde com os estudantes, hajam vistas ações promocionais interventivas em saúde que ampliem a autonomia e a responsabilização de jovens em lidar com a vida, objetivando a prevenção de riscos e agravos que trazem sofrimentos.

Sugere-se também que a abordagem sobre o tema seja acrescentada aos currículos acadêmicos atuais. É, portanto, necessária maior inserção do tema na formação acadêmica desses profissionais. A visão unicamente médico-terapêutica deve ser substituída por uma perspectiva multidisciplinar - farmacológica, humanística e social. Assim, serão formados profissionais de saúde com maior capacidade de compreender o fenômeno do uso de drogas e atuar adequadamente na sua prevenção, diagnóstico e tratamento.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.G.; QUEIROZ, S.; VILLABOIM, R.C.M.; CÉSAR, C.L.G.; ALVES, M.C.G.P; BASSIT, A.Z. Uso de álcool e drogas entre alunos de graduação da Universidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.19, n.2, p.53-59, 1997.

BARCELLOS, A.P; PAGGI, A.P; SILVA, D.B.; CAMPAGNOLO, M.I.; DIETERICH, M.D.D.; SANTOS, R.L.R.; FERREIRA, J. Padrão de consumo de anfetaminas entre universitários de Porto Alegre. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande Sul**, v.19, n.3, p.161-169, 1997.

BARROS, R.S.; ALMEIDA, S.P; MAGALHÃES, M.P; SILVA, M.T.A. Ideias e imagens suscitadas em estudantes universitários numa pesquisa sobre drogas: uma contribuição ao trabalho preventivo. **Boletim de Psicologia**, v.42, p.15-26, 1992.

BOSKOVITZ, E.P; CRUZ, E.T.N.; F.G. NETO; MORAES, M.S.; NETTO, J.V.P; ÁVILA, L.A.; ALVES, M.C.G.P; PAGLIUSO, R. Uso de drogas entre estudantes universitários em São José do Rio Preto, São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.22, n.3, p.87-93, 1995.

DELBON, F; DA ROS, C.; FERREIRA, E.M.A. Avaliação da disponibilização de “Kits” de redução de danos. **Saúde e Sociedade** v.15, n.1, p.37-48, 2006.

DIMEFF, L.A.; BAER, J.S.; KIVLAHAN, D.R.; MARLATT, G.A. Alcoolismo entre estudantes universitários: uma abordagem de redução de danos. Tradução Bertolote, J.M. Editora Unesp, São Paulo, S.P., 2002, 231 p.

FILLMORE, K.M.; HARTKA, E.; JOHNSTONE, B.M.; LEINO, E.V.; MOTOYOSHI, M.; TEMPLE, M.T. A meta-analysis of life course variation in drinking. **British Journal of Addiction**, v.86, n.10, p.1221-1268, 1991.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A.; CARLINI, E.A. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, p.888-895, 2005.

GUTJAHR, M. **Redes sociais**: prevenção a recaída no tratamento de dependentes químicos. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Teologia. Escola Superior de Teologia. São Leopoldo, 2010. 84p.

HAWKINS, J.D.; CATALANO, R.F.; MILLER, J.Y. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. **Psychological Bulletin**, v.112, n.1, p.112-164, 1992.

Kerr-Corrêa, F., Dalben, I., Trinca, L. A., Simão, M. O., Mattos, P. F., Ramos-Cerqueira, A. T. A., Mendes, A.A. Primeiro levantamento do uso de álcool e de drogas e das condições gerais de vida dos estudantes da UNESP - 1998. (Série Pesquisa Vunesp, 14). São Paulo: Fundação para o Vestibular da Universidade Estadual Paulista.

KERR-CORRÊA, F.; ANDRADE, A.G.; BASSIT, A.Z.; BOCCUTO, N.M.V.F. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v, 21, n.2, p.95-100, 1999.

LUCAS, A.C.S.; PARENTE, R.C.P.; PICANÇO, N.S.; CONCEIÇÃO, D.A.; COSTA, K.R.C.; MAGALHÃES, I.R.S.; SIQUEIRA, J.C.A. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v..22, n.3, p.663-671, 2006

MAGALHÃES, M.P.; BARROS, R.S.; SILVA, M.T.A. Uso de drogas entre universitários: a experiência com a maconha como fator delimitante. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n.13, p.97-104, 1991.

MESQUITA, A.M.C.; BUCARETCHI, H.A.; CASTEL, S.; ANDRADE, A.G. Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: uso de substâncias psicoativas em 1991. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n.17, p.47-54, 1995.

Organização Mundial da Saúde. Transtornos devido ao uso de substâncias. Em Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). Relatório sobre a saúde no mundo. **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança** (pp. 58-61). Brasília: Gráfica Brasil, 2001.

PEUKER, A.C.; FOGAÇA, J.; BIZARRO, L. Expectativas e beber problemático entre universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.22, n.2, p.193-200, 2006.

SIMÃO, M.O. Mulheres e homens alcoolistas: estudo comparativo de fatores sociais, familiares e de evolução. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.4, n.7, p.147-148, 2000.

WANDEKOKEN, K.D.; SIQUEIRA, M.M. A relação familiar como fator de risco ou proteção para o uso de drogas ilícitas. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.13, n.4, p.60-68, 2011.

WECHSLER, H.; DAVENPORT, A.; DOWDALL, G.; MOEYKENS, B.; CASTILLO, S. Health and behavioral consequences of binge drinking in college. A national survey of students at 140 campuses. **JAMA**, v.272, n.21, p.1672-7, 1994.

WILSNACK, R.; WILSNACK, S.C. **Gender and alcohol individual and social perspectives**. New Jersey, Rutgers of Alcohol Studies. 1997.

WINDLE, M. Alcohol use among adolescents and young adults. **Alcohol Research & Health**, v.27, p.79-85, 2003.

# AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ESCOLARES ADULTOS JOVENS DO SEXO MASCULINO

Francisco Antonio da Cruz Mendonça

Thereza Maria Magalhães Moreira

Marilyn Kay Nations

Luis Rafael Leite Sampaio

Raimunda Magalhães da Silva

Rosiléa Alves de Sousa

## INTRODUÇÃO

Mudanças na forma de promover a saúde pública e transformações que buscam o direcionamento do cuidar para prevenção em saúde são observados desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde na sua Declaração de Alma-Ata, realizada em 1978. Nela, é possível perceber tais tentativas de mudanças. Verifica-se, no entanto, que tais atualizações ainda têm dificuldade de serem incorporadas no cotidiano dos serviços de saúde na atualidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A Promoção da Saúde é um tema desafiador para os sistemas de saúde, e sua operacionalização está no cerne de mudanças no processo saúde-doença-cuidado que inclui ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades das pessoas, bem como mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e coletiva.

Ao encontro dessa proposta, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) definiu Promoção da Saúde como modo de pensar e intervir junto às demais políticas e tecnologias do sistema brasileiro, contribuindo, assim, positivamente para o desenvolvimento de estratégias e práticas que possibilitem respostas às necessidades de saúde.

Com a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF), desenvolveu-se um território de práticas inovadoras com ênfase na prevenção e Promoção da Saúde do homem. Este modelo, propositor de assistência à saúde integral e resolutiva, demanda conhecer cada vez mais esta população, proporcionando acesso aos que necessitam de cuidados primários.

Com efeito, faz-se necessário maior enfoque na execução de ações de saúde que favoreçam a garantia dos direitos dos homens, pois a demanda por atendimento deste gênero é inferior à das mulheres, em virtude da disseminação da ideia de que os Centros de Saúde da Família (CSF) são serviços destinados somente a mulheres, crianças e idosos (FIGUEIREDO, 2005).

O Ministério da Saúde do Brasil está investindo na Promoção da Saúde do homem. Chama a atenção o coeficiente de sua mortalidade no Brasil, pois, atualmente, nas pessoas adultas, em cada três mortes, duas são de homens, dentre as mais diversas causas. Preocupa, ainda mais, quando se relaciona à faixa etária de 20 a 30 anos, pois tem 80% de risco de morte maior do que as mulheres (BRASIL, 2009).

A proposta de promoção da justiça de gênero masculino é inédita e inovadora no campo da saúde do homem, uma vez que justiça de gênero foi discutida apenas na abordagem à saú-

de da mulher, conforme a literatura nacional e internacional. No campo da saúde coletiva, observa-se como prioridades, no campo da Promoção da Saúde, a expressão justiça social na Carta de Ottawa e Declaração de Jakarta (BRASIL, 2002).

Na seara da Promoção da Saúde entende-se como capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, de tal forma que, para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, a saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como o objetivo de viver. Tal conceito foi discutido e ampliado na 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, denominada Carta de Ottawa realizada no ano de 1986, a qual trazia como tema: “Saúde para todos no ano 2000”, com discussão ampliada de pré requisitos para a saúde, dentre eles, justiça social, paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis e equidade (BRASIL, 2002).

A escassez de pesquisas envolvendo a Promoção da Saúde em escolares adultos jovens instigou a elaboração deste estudo, cujo objetivo foi analisar as ações de Promoção da Saúde em escolares adultos jovens do sexo masculino de um município da rede metropolitana de Fortaleza-Ceará-Brasil.

## **METODOLOGIA**

Este estudo caracteriza-se como um ensaio descritivo, transversal e quantitativo. O local da pesquisa compreendeu as escolas do Município de Maracanaú-Ceará-Brasil, localizado na Região Metropolitana de Fortaleza. Atualmente Maracanaú possui uma população de 200.797 habitantes (IBGE, 2010).

Este estudo foi realizado no período de dezembro/2011 a junho/2012 no citado município que tem cobertura de 93% da população pela Estratégia Saúde da Família.

Para este estudo, o universo foi composto por todos os escolares de Maracanaú-CE. A população compôs-se, por sua vez, dos adultos jovens escolares homens. Por adultos jovens, são entendidos aqueles com idade de 20 a 24 anos, de acordo com a Organização Mundial de Saúde e com o marco legal brasileiro que contextualiza o Estatuto da Criança e do Adolescente no âmbito da saúde do adolescente e do jovem (OMS/OPAS, 2005).

Foram identificados os adultos jovens escolares de Maracanaú, devidamente matriculados no ano de 2011, para compor a amostra, desde que estivessem disponíveis a participar da pesquisa. Incluiu-se na amostra o adulto jovem do sexo masculino, presente, e que concordou em participar do estudo.

Após o levantamento realizado, contou-se com uma população finita de  $N= 534$  estudantes na faixa etária em estudo e do sexo masculino, sendo 168 do Ensino Médio e 366 do Programa Educação para Jovens e Adultos (EJA). A amostra teve seu cálculo realizado de acordo com a fórmula de cálculo de amostra para população finita, considerando uma prevalência de 50% (chance de ter ou não estilo de vida saudável) e erro de 5% (HULLEY *et al.*, 2008). Estimou-se a amostra como valor  $n=223$ , acrescentando-se 10% ao total para eventuais desistências ou *missing*, totalizando homens escolares.

A coleta de dados constou da aplicação do questionário estruturado referente às variáveis sociodemográficas e ações de Promoção da Saúde. Ocorreram explicação prévia do objetivo

e relevância do estudo, bem como aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O preenchimento do questionário estruturado conteve itens referentes a características sociodemográficas (faixa etária, raça, série, estado civil, escolaridade do pai e da mãe, mora em região de comunidade e renda mensal) e ações de Promoção da Saúde (participação de homens adultos jovens escolares em reunião ou atividade relativa ao hábito de fumar, dieta, exercício físico, dentre outros, nos últimos 12 meses); (quantas vezes leu, viu ou escutou mensagens sobre saúde em revistas, em rádio, em jornais, em folhetos e em televisão); (recebeu influência de alguém para: deixar de fumar, emagrecer, consumir menos gordura, menos sal, menos álcool e realizar atividade física); (durante os últimos doze meses você verificou o nível de colesterol, de glicemia capilar, verificou a pressão arterial ou realizou exame geral de saúde); (algum profissional disse que você tem excesso de peso, alto nível de glicemia, colesterol elevado ou hipertensão antecedentes familiares de doença).

Os dados coletados seguiram para elaboração do banco de dados no *IBM-SPSS Statistics* versão 20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*), para avaliação estatística analítica das diversas variáveis, com utilização de testes estatísticos.

Os dados foram exibidos por meio de gráficos para melhor compreensão dos resultados. Foram calculados as medidas estatísticas descritivas médias e o desvio-padrão das variáveis contínuas.

Foram respeitados os preceitos éticos em todas as fases do estudo, de acordo com o preconizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sendo aprovado sob o Protocolo N° 014/2012.

Consideraram-se os pressupostos da Bioética com submissão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes, que explicou e firmou junto aos participantes o compromisso de manutenção dos princípios de não maleficência, beneficência, justiça e autonomia, potencializando a relevância do estudo com coerência de trazer retorno individual e/ou coletivo com seus resultados.

## RESULTADOS

Após as visitas escolares, 246 homens adultos jovens foram igualmente inseridos no estudo. A descrição e a análise envolveram características clínicas e antecedentes familiares de doenças.

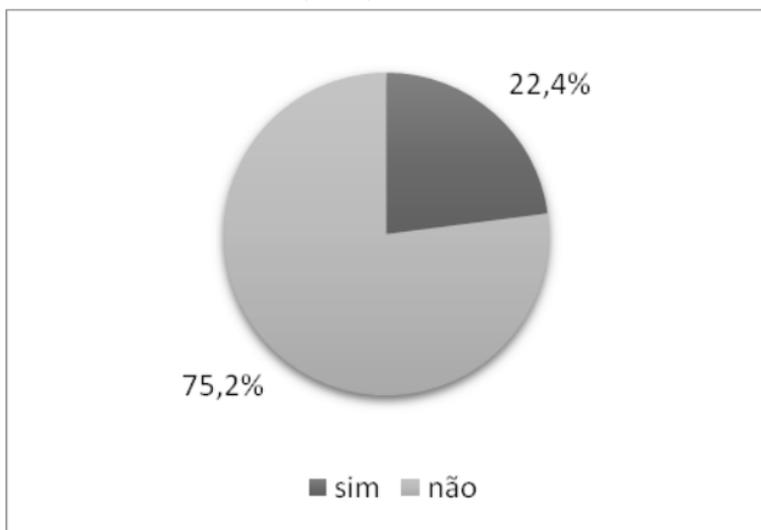
Quanto às características sociodemográficas de homens adultos jovens das escolas de Maracanaú-CE-Brasil, verificou-se que a faixa etária variou de 20 a 24 anos, com média de 20,85 ( $\pm 1,18$ ), predominando a faixa etária de 20 a 22 anos (87,4%). Em relação à raça, destacou-se o fato de que 69,1% se declararam não brancos. No tocante ao estado civil, a maioria declarou não ter companhia (86,2%).

No que diz respeito à escolaridade, predominou em mais de um terço dos participantes o 3º ano do Ensino Médio (EM), com 42%. Em seguida, o 2º ano do EM (35,6%). Em relação à escolaridade materna, observou-se que quase a metade (46,7%) indicou até oito anos de estudo. Quanto à escolaridade paterna, prevaleceu também a categoria até oito anos de estudo (45,5%).

Quando indagados sobre a moradia em região de comunidade, popularmente conhecida como favela, a maioria (90,2%) informou não residir nelas. A renda mensal familiar prevalente foi de até dois salários-mínimos (71,5%), enquanto 28,5% informaram receber mais de dois salários-mínimos.

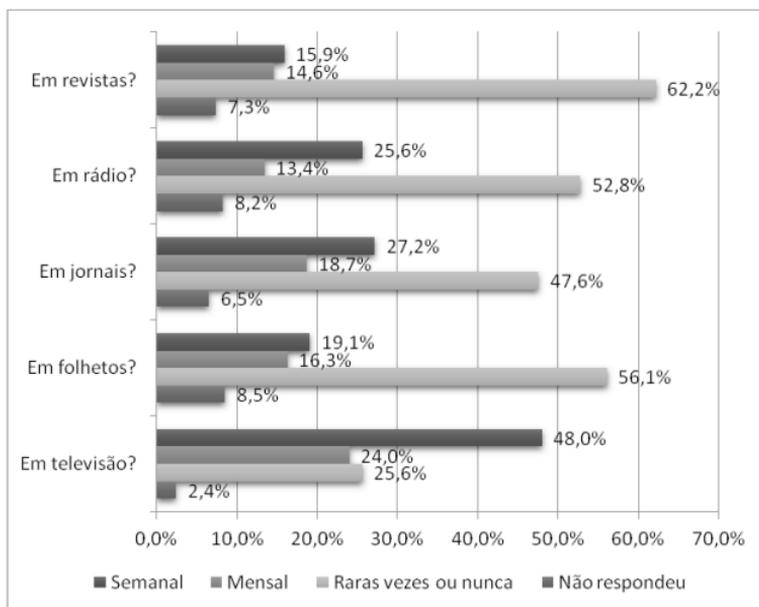
A seguir, serão mostradas as ações de Promoção da Saúde em escolares adultos jovens do sexo masculino.

**Gráfico 1:** Participação de homens adultos jovens escolares em reunião ou atividade relativa ao hábito de fumar, dieta, exercício físico, dentre outros, nos últimos 12 meses. Maracanaú-CE-Brasil, 2012. (n=246)



O Gráfico 1 demonstra que a maioria (75,2%) dos homens adultos jovens escolares não participou de reunião ou atividade relativa ao hábito de fumar, dieta, exercício físico e outros nos últimos 12 meses, tendo 22,4% deles participado.

**Gráfico 2:** Frequência das respostas de homens adultos jovens escolares à pergunta: “Quantas vezes leu, viu ou escutou mensagens sobre saúde?”. Maracanaú-CE-Brasil, 2012. (n=246)



Ao verificar as respostas para o questionamento “*Quantas vezes leu, viu ou escutou mensagens sobre saúde?*”, expostas no Gráfico 2, desperta atenção o fato de grande parte (62,2%) dos homens adultos jovens terem lido em revistas raras vezes ou nunca mensagens sobre de saúde. Observa-se, no entanto, que 15,9% comentaram que o fizeram semanalmente e 14,6% mensalmente. Percebe-se, com efeito, que este canal de comunicação pode contribuir para a Promoção da Saúde.

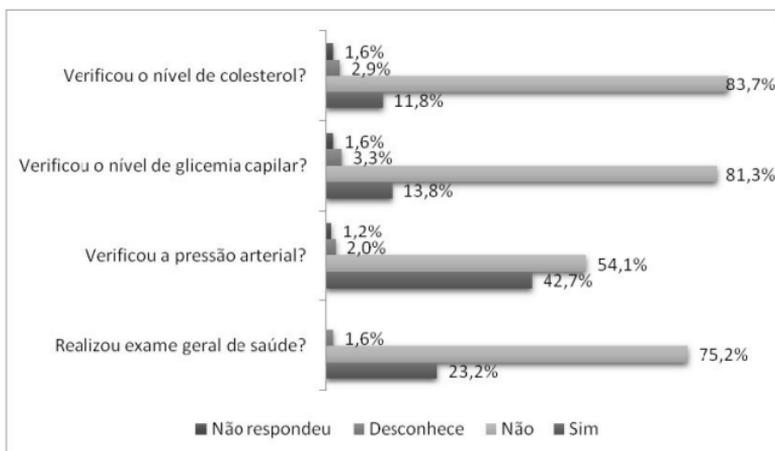
Quanto às ações de Promoção da Saúde ouvidas pelo rádio (52,8%), notou-se também que pouco mais da metade (52,8%) raras vezes ou nunca ouviu mensagens referentes à saúde pelo rádio, mas 25,6% as ouviram semanalmente e 13,4% mensalmente.

Verificou-se que pouco menos da metade (47,6%) raras vezes ou nunca leu mensagens de saúde em jornais, embora 27,2% tenham declarado tê-las lido semanalmente e 18,7% mensalmente.

No tópico de folhetos, observa-se, como nos demais veículos de comunicação, que 56,1% leram mensagens sobre saúde em folhetos raras vezes ou nunca, 19,1% semanalmente e 16,3% mensalmente.

Quando se reportou à televisão, houve um diferencial em relação aos outros meios de comunicação. Quase a metade (48,0%) respondeu ouvir mensagens sobre saúde na televisão semanalmente e 24% por mês. Tal fato merece destaque por se tratar de um meio audiovisual muito utilizado por todas as classes sociais brasileiras.

**Gráfico 3:** Frequência das respostas de homens adultos jovens escolares à pergunta: “Durante os últimos doze meses você:”. Maracanaú-CE-Brasil, 2012. (n=246)

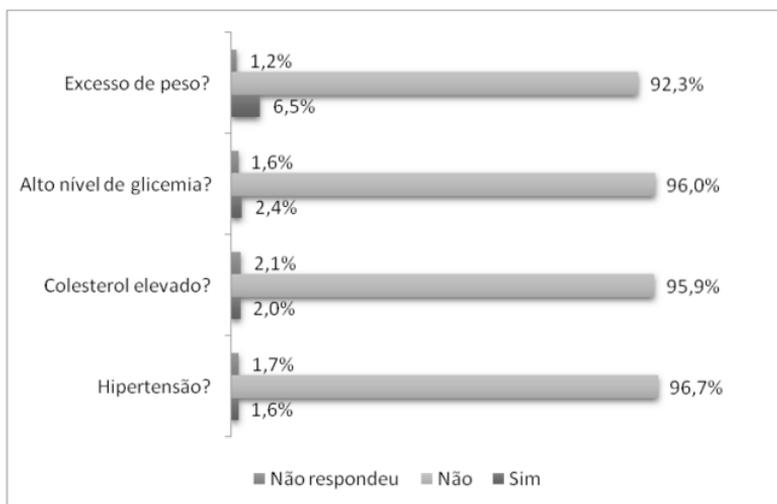


No Gráfico 3, os homens adultos jovens responderam ao seguinte questionamento: *Durante os últimos doze meses você*

*verificou o nível de colesterol, de glicemia capilar, verificou a pressão arterial ou realizou exame geral de saúde?”.* Observou-se em todos esses quesitos que a maioria respondeu negativamente para todos os itens: não verificou nível de colesterol (83,7%), não verificou glicemia capilar (81,3%), não verificou pressão arterial (54,1%) e não realizou exame geral de saúde (75,2%).

Quase a metade (42,7%) teve a oportunidade de verificar os níveis pressóricos, 13,8% verificaram o nível de glicemia capilar e 11,8% o de colesterol. Cerca de 23,2% realizaram exame geral de saúde. Esses achados demonstram a preocupação dos homens, nos últimos 12 meses, com a saúde.

**Gráfico 4:** Frequência das respostas de homens adultos jovens escolares à pergunta: “Algun profissional de saúde disse que você tem...” Maracanaú-CE-Brasil, 2012. (n=246).



Conforme o Gráfico 4, questionou-se: “*Algun profissional de saúde disse que você tem excesso de peso, alto nível de glicemia, colesterol elevado ou hipertensão?*”. Os participantes responderam que não, em quase a totalidade: não têm hipertensão arterial

(96,7%), não têm alto nível de glicemia (96,0%), não têm colesterol elevado (95,9%) e não têm excesso de peso (92,3%).

Apenas para a minoria algum profissional de saúde informou a presença de um dos problemas de saúde citados, sobressaindo o excesso de peso (6,5%) e hiperglicemia (2,4%), o que revela a população estudada predominantemente sadia.

## DISCUSSÃO

Após mostrou-se o resultado, procedeu-se à sua discussão, utilizando os resultados de estudos similares que corroborassem ou confrontassem os resultados deste estudo, conforme se expressa a seguir.

Dentre as prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde, destaca-se a saúde da população masculina. Foi, portanto, com o intuito de promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira e de contribuir, de modo efetivo, para a redução da morbimortalidade dessa população, pelo enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde que o Ministério da Saúde elaborou e instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009).

Quando interrogados sobre ações de Promoção da Saúde, a maioria negou participação em reunião ou atividade relativa a hábitos saudáveis; raras vezes ou nunca liam, ouviam ou viam mensagens sobre saúde em folhetos, jornais, rádios e revistas, exceto na televisão, na qual a maioria via, semanalmente, estas mensagens.

Em pesquisa realizada por Knauth, Couto e Figueiredo (2012), cujo objetivo foi avaliar as ações iniciais da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), e foi realizada em cinco municípios Rio Branco-AC, Goiânia-GO, Petrolina-PE, Rio de Janeiro-RJ e Joinville-SC - evidenciou-se o fato de que em apenas um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) se perceberam atividades de caráter de promoção e prevenção da saúde do homem. Notou-se, também, que não há ações continuadas voltadas à população masculina na faixa etária pesquisada (20 a 59 anos). Não foi possível identificar ações que privilegiam efetivamente, os principais fatores de morbimortalidade na saúde do homem e os determinantes sociais que convergem para vulnerabilidade aos agravos à saúde do homem.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) investigou a prática de atividade física, evidenciando que os homens e pessoas mais jovens foram mais ativos e houve relação direta entre escolaridade e atividade física no lazer; e inversa entre escolaridade e atividade física no deslocamento. Um em cada cinco brasileiros não pratica qualquer atividade física, e um em cada três assistem, em média a 3 horas ou mais de televisão por dia. Knuth et al. (2011) sugerem que este resultado pode contribuir para que ações de Promoção da Saúde sejam veiculadas pela mídia televisiva para influenciar positivamente a qualidade de vida do telespectador.

A maioria dos participantes negou haver recebido influência de qualquer pessoa para deixar de fumar, emagrecer, consumir menos gordura, menos sal, menos álcool ou realizar atividade física. Não obstante, verificou-se que a maioria não realizou exame geral da saúde, verificação de PA, glicemia ou colesterol.

Estudo feito por Palma et al. (2009), com o objetivo de identificar fatores associados ao consumo adequado de frutas, verduras e legumes, verificou maior consumo entre pessoas de maior idade. Dessa forma, sugere-se que programas de intervenção com objetivo da Promoção da Saúde sejam necessários entre pessoas jovens e com o consumo elevado de ácidos graxos saturados.

Em estudo transversal populacional com amostra aleatória de adultos jovens de Santo Antônio do Pinhal, para identificar os padrões alimentares, foram encontrados três padrões de dietas: pobre, variada e gordurosa. A dieta pobre foi predominante na zona rural e entre pessoas de insuficiente renda e baixa escolaridade; para a dieta variada foram encontrados, em sua maioria, moradores urbanos de melhor escolaridade. Enquanto isso, para a dieta gordurosa, revelou-se na maioria urbana, consumida por jovens com renda regular e boa escolaridade (FAULIN, 2005).

A clientela masculina está inserida, em sua maioria, no mercado de trabalho, sendo isto apontado como um dos motivos para a baixa procura dos serviços de saúde por parte dos homens. Há o receio de ser apenado no trabalho pelo fato de se ausentar para ir a uma consulta, mesmo com a apresentação de atestado. Assim, os homens se afastam dos serviços de saúde (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012). Em outra pesquisa, no entanto, quando os homens promovem o cuidado de seu corpo, cultivam o fisiculturismo e, nesse aspecto, o cuidado de pode-se transformar em risco de adoecimento (GOMES et al., 2011).

Para Gomes, Nascimento e Araújo (2007), o fato de os homens procurarem menos os serviços de saúde está ligado a alguns fatores, como a ideia de que esta procura é atividade

feminina, o trabalho, a dificuldade de acesso pelo fator não poder ausentar-se do trabalho e a falta de serviços de saúde voltados para o homem. Todos esses fatores contribuem para que o homem fique menos preocupado com sua saúde. O principal fator interveniente na busca pelo serviço de saúde, relatado pela população masculina, é a falsa ideia de que o homem não adoce e não precisa de serviço de saúde. Existem também outros fatores culturais envolvidos, tais como o etilismo, tabagismo e a violência, que dificultam as ações de Promoção da Saúde.

Quando indagados sobre presença de excesso de peso, alto nível de glicemia, colesterol elevado ou hipertensão, identificada por algum profissional de saúde, a maioria os negou. Esta negação pode estar relacionada à baixa frequência de realização de exames de saúde, identificada neste estudo.

Nota-se a falta de informação por parte dos homens do estudo, sendo salutar a possibilidade maior de ações de Promoção da Saúde na escola, de consultas voltadas para o público masculino, bem como da ampliação do horário de funcionamento das unidades de saúde. Visualiza-se a necessidade de se pensar, planejar e compartilhar intervenções para melhoria das condições de vida dos homens adultos jovens.

De modo inicial, essa discussão já é abordada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, conforme exposto no eixo que se reporta à Promoção da Saúde, especialmente as estratégias para aumentar a demanda de homens aos serviços de atenção primária à saúde (eixo II), e no eixo que diz respeito à implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem (eixo V).

Em estudo sobre fatores de risco para as doenças cardiovasculares com 217 homens, de 20 a 49 anos, adscritos à Estratégia Saúde da Família em área urbana de Juiz de Fora-Minas Gerais, observou-se que o sobrepeso/obesidade foi o fator de risco de maior frequência. Os sedentários e irregularmente ativos fisicamente totalizaram 28%. O consumo de cigarros era hábito de 25,3% da população. Foram classificados como hipertensos 24% do total e 19,4% com pressão arterial limítrofe (VAN EYKEN; MORAES, 2009).

## CONCLUSÕES

Em relação às características sociodemográficas dos homens adultos jovens das escolas de Maracanaú avaliados, houve predomínio da faixa etária de 20 a 22 anos, não brancos, com escolaridade cursando o terceiro ano do ensino médio, sem companheira, com escolaridade materna/paterna de até oito anos de estudo e renda mensal de até dois salários-mínimos.

Relativamente à participação de homens adultos jovens escolares em reunião ou atividade relativa ao hábito de fumar, dieta, exercício físico, dentre outros, nos últimos 12 meses um quarto participou. Verificou-se que quase a metade mencionou ter assistido a mensagens sobre saúde na televisão.

A maioria dos homens respondeu negativamente, para verificação de colesterol, glicemia capilar, verificação de pressão arterial e realização do exame geral de saúde nos últimos 12 meses. Verificou-se que, na minoria, algum profissional de saúde informou sobre presença de problemas de saúde.

Torna-se necessário que outros estudos abordando a saúde do homem nos diversos cenários da saúde coletiva se-

jam desenvolvidos. É essencial a percepção de que o processo saúde-doença-cuidado envolve uma complexa teia de serviços, onde os saberes e as ações intersetoriais são fundamentais para o sucesso das práticas de Promoção da Saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FAULIN, E. J. B. **Padrões alimentares e características biológicas, sociais e comportamentais de adultos: um estudo populacional em Santo Antônio do Pinhal**. 2005. Dissertação. (Programa do Departamento de Nutrição. Faculdade de Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

FIGUEIREDO, W. Assistência à Saúde dos Homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-9, jan./mar. 2005.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GOMES, R. **A saúde do homem em foco**. São Paulo: UNESP, 2011.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 3, p. 565-74, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel.php>. Acesso em 01 mar 2010.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2617-26, 2012.

KNUTH, A. G.; MALTA, D. C.; DUMITH, S. C.; PEREIRA, C. A.; MORAIS NETO, O. L.; TEMPORÃO, J. G. et al. Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3697-3705, 2011.

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

PALMA, R. F. M.; BARBIERI, P.; DAMIÃO, R.; POLETTO, J.; CHAIM, R.; FERREIRA, S. R. G.; et al. Fatores associados ao consumo de frutas, verduras e legumes em Nipo-Brasileiros. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 12, n. 3, p. 436-45, 2009.

VAN EYKEN, E. B.B.D.O.; MORAES, C.L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 111-123, 2009.

# PROMOÇÃO DA SAÚDE – A FAMÍLIA E A ESCOLA COMO ESPAÇOS DE INCLUSÃO SOCIAL DOS SURDOS

Mirna Albuquerque Frota

Priscilla Mayara Estrela Barbosa

Kamila Ferreira Lima

Cíntia de Oliveira Castelo Branco Sales

Marilene Calderaro Munguba

Rosendo Freitas Amorim

## **Reflexões acerca da surdez infantil**

A deficiência auditiva é a terceira, dentre as deficiências mais prevalentes no Brasil, com 9,7 milhões de pessoas acometidas (5,3% para homens e 4,9% para mulheres), perfazendo 5,2% da população brasileira. Nos dados do IBGE (BRASIL, 2012), aproximadamente 347,5 mil pessoas não escutam de forma alguma; 1,8 milhão de pessoas tem grande dificuldade de audição e 7,5 milhões têm alguma dificuldade de audição.

Como o desenvolvimento de linguagem está estreitamente relacionado com a audição (HESPOS, 2007), os surdos, pela dificuldade em se comunicar livremente com seus familiares ouvintes, foram privados de uma série de experiências e vivências, não só relacionadas à aquisição e desenvolvimento de linguagem, como também restritos às possibilidades de convívio social e desenvolvimento pessoal. Não foram raros os episódios de distanciamento ou, por vezes, isolamento.

Os surdos em geral são rotulados como agressivos, com pensamento estritamente concreto, elaboração conceitual rudimentar, baixa autoestima, isolamento social, rigidez e imaturidade emocional. Esse estigma é vislumbrado pela definição e concepção da surdez como algo estritamente patológico.

Para Goffman (1988), o estigma é um predicado que determina descrédito na vida da pessoa. Muitas vezes o estigmatizado é designado como “defeituoso”, “indesejado” e que está em desvantagem em relação aos demais; ser “diferente” configura-se como ser “prejudicado”, “incapaz”. A diferença marginaliza socialmente, pois há a exigência da similaridade, da adequação às normas e valores que definem os atributos aceitáveis entre seus membros, o chamado ‘controle social’, que reforça o ‘imaginário social’ da deficiência.

Portanto, há devastação dos atributos, potencialidades e qualidades do sujeito, fortalecendo o desgaste da sua ‘identidade social’. A este resta ficar à margem, sem “voz”, sem espaço ou função social, passivo em relação às tomadas de decisões (GOFFMAN, 1988).

O modelo biomédico, com seu caráter biológico, individualista, direcionado à deficiência, e para a solução dos problemas procedentes da doença, não é capaz de compreender as singularidades do que é ser surdo, da inserção de tais seres humanos com identidade cultural e língua própria (SACKS, 2010; STROBEL, 2008; MUNOZ-BAELL; RUIZ, 2000), enquanto que o modelo sociocultural considera o surdo pertencente a um grupo cultural distinto, com necessidades próprias, crenças, opiniões, hábitos, costumes e língua (MUNOZ-BAELL et al., 2008; STROBEL, 2008; MUNOZ-BAELL, RUIZ, 2000).

A Portaria nº 793, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS (BRASIL, 2012), assinalou a premência de adequar os serviços às necessidades dessas pessoas. Destaca-se o respeito à autonomia e o reconhecimento da cidadania, como exposto nas diretrizes:

I - respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas; III - promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos; V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.

A Promoção da Saúde (PS) visa a assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar à pessoa meios de atuação no desenvolvimento da própria saúde, de modo que aquele sujeito com deficiência se ache participante das tomadas de decisão dos procedimentos terapêuticos e educacionais, possibilitando maior adesão e conscientização da sua condição e do seu potencial (HARRISON et al., 2010).

Na concepção de Catrib et al (2011), a PS é uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a ações e condições de vida conducentes à saúde e ao desenvolvimento social. Com efeito, o ambiente escolar se mostra como espaço onde são desenvolvidos processos educacionais que articulam ações de natureza diversas, envolvendo não somente seus limites territoriais, mas, também, o espaço comunitário.

No Brasil, as tendências educacionais e terapêuticas oralistas estiveram em vigência desde a fundação do Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES), no Rio de Janeiro, em 1857, até os anos de 1970, quando iniciadas a investigação e a aplicação de metodologias com uso de línguas de sinais, em decorrência do questionamento dos insucessos da integração do surdo à comunidade ouvinte por meio exclusivo da prática oralista (LICHTIG; BARBOSA, 2009). Essas circunstâncias impulsionaram transformações na Academia e, nos anos 1990, nas instituições educacionais, levando-as a reintroduzir a língua de sinais, que estava em desuso desde o início do século XIX (SKILIAR, 1998).

Na educação para surdos “[...] há variáveis que não permitem respostas fáceis e seguras para compreendermos se ocorre e como ocorre a aprendizagem pelos alunos”. (GESSER, 2012, p.27). A educação bilíngue da criança surda reconhece o direito da aquisição da língua de sinais como primeira língua (L1), o que fundamentará a formação escolar e o aprendizado da língua oral auditiva do país como segunda língua (L2), a da sociedade ouvinte majoritária, no caso, a língua portuguesa brasileira, oral e/ou escrita (REBOUÇAS; AZEVEDO, 2011; DIZEU; CAPORALI, 2005).

Lacerda e Mantelatto (2000) e Campos (2013) acentuaram que o bilinguismo visa à exposição da criança surda à língua de sinais o mais precocemente possível, pois esta aquisição propiciará ao surdo um desenvolvimento rico e pleno de sua linguagem. A língua de sinais permitirá o ingresso ao mundo surdo, ao qual ela pertence, e facilitará o aprendizado da aquisição do bilinguismo, seja na modalidade da língua oral ou na modalidade escrita (QUADROS, 2005).

A Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) foi reconhecida como língua oficial pelo Decreto Presidencial 5296/04 (BRASIL, 2004). Trata-se de uma língua natural, plenamente desenvolvida, que assegura uma comunicação completa e integral. Assim, a concepção bilíngue linguística e cultural luta para que o surdo tenha o direito de adquirir/aprender a LIBRAS e que esta o auxilie, não só na aquisição da segunda língua (majoritária), mas que permita sua real integração na sociedade, pois, ao adquirir uma língua estruturada, o surdo pode criar concepções e oportunidades, participando ativamente do convívio em seu meio (MAGALHÃES, 2007).

Ante ao exposto, a reflexão acerca do conceito de deficiência auditiva e de suas implicações na vida das pessoas suscita discussões sobre a inclusão social e a superação de dificuldades, bem como sobre a estreita relação da problemática com a Promoção da Saúde conceituada em Harrison et al (2010).

Considerando a escola como ambiente favorável à Promoção da Saúde e à inclusão social, tanto das crianças surdas como de suas famílias, o estudo se justifica, pois visa a conhecer o papel da família e da escola como facilitadoras da inclusão social da criança. Desta forma, questiona-se: de que forma a família influencia na socialização da criança surda? A educação oferecida nas escolas é capaz de favorecer a Promoção da Saúde por meio da inclusão social?

## **Materiais e Métodos**

O percurso metodológico com base no objeto de estudo direcionou para uma abordagem qualitativa, visto que retrata a realidade do sujeito, inserido num âmbito sociocultural. Para Minayo (2010), este tipo de pesquisa retrata a realidade

social, por investigar o fenômeno com origem em significados, crenças, valores, atitudes e aspirações daquele que pratica uma ação. Entende que o protagonista não só age, como reflete sobre sua conduta e, por isso, é capaz de transformá-la.

Em razão do reconhecimento dessa capacidade de reflexão e significação do sujeito perante as suas experiências e atitudes nas relações constituídas, Deslandes e Gomes (2004) entendem a pesquisa qualitativa como um conjunto de práticas interpretativas que busca investigar os sentidos atribuídos aos fenômenos e às relações.

O campo de investigação estendeu-se por duas instituições de referência no ensino especial para surdos no Ceará. A Primeira é o Instituto Filippo Smaldone, entidade filantrópica, fundada e mantida pela congregação das Irmãs Salesianas dos Sagrado Coração, especializada no atendimento as crianças e adolescentes Surdos, abrangendo a Educação Infantil e o Ensino Fundamental. As aulas são ministradas em LIBRAS e língua portuguesa escrita, com auxílio de professor e intérprete, havendo também atendimento de reabilitação multiprofissional para algo em torno de 200 crianças surdas.

A segunda escola é o Instituto Cearense de Educação de Surdos (ICES), pioneiro no ensino exclusivo de surdos no Ceará, e a primeira escola da rede pública estadual do Brasil a implantar o ensino médio exclusivo para surdos com avaliações bilíngues. O ICES conta com 500 alunos matriculados na Educação Infantil, Ensino Fundamental, Ensino Médio e na Educação de Jovens e Adultos e todas as turmas tem, além da proposta curricular indicada pelo Ministério da Educação, aulas ministradas exclusivamente em LIBRAS por professores surdos.

Para a captação dos conteúdos, foram selecionados nove pais ouvintes das crianças surdas, sendo excluídos os pais surdos em razão do número por demais reduzido de casos de surdez genética. Como instrumento, optou-se pela entrevista semiestruturada que, de acordo com Samico et al (2010), é o meio de se obter informações na sua totalidade e profundidade, em virtude do estabelecimento de uma relação de proximidade com o entrevistado, de modo a permitir questionamentos flexibilizados e elucidação de dúvidas ou mal-entendidos.

Foram escolhidos os progenitores que atuavam voluntariamente nas atividades educativas das escolas citadas, como classe de LIBRAS, atividades recreativas, oficinas de artesanato, dentre outras. A escolha se deu tendo em vista ao acompanhamento do dia a dia de seus filhos, a possibilidade de informar com maior profundidade de detalhes, questões referentes à dinâmica social e educacional de seus filhos, e ainda por estarem mais acessíveis à coleta de informações, visto que também estarão nos locais de pesquisa. Como na pesquisa qualitativa, não se tem uma quantidade definida de sujeitos. Dessa forma, utilizou-se o critério de saturação teórica, percebendo o acúmulo de subsídios subjetivos satisfatórios a compreensão do objeto pesquisado, nos limites previstos pelo estudo.

Para o exame dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo conforme o modelo proposto por Bardin (2008), que engloba um conjunto de técnicas de análise das comunicações, ao possibilitar apreender a realidade, por meio de procedimentos sistemáticos que permitam a inferência de conhecimentos expressos nas falas, valorizando seu contexto histórico e cultural.

Compreendeu três etapas distintas: a pré-análise, na qual houve organização do material estudado, além da transcrição das falas e as percepções registradas no diário de campo. Em seguida, a exploração desse material ocorreu por meio da sua classificação e categorização, ao desvelar os núcleos dos sentidos. Por fim, a interpretação dos resultados (BARDIN, 2008; MINAYO, 2004).

Os aspectos éticos desta pesquisa obedeceram à Resolução nº 466/2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP), sendo a coleta de dados de setembro a novembro de 2012 após parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Fortaleza (Número do Parecer: 175.937) e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes.

## **Resultados e Discussão**

Os estudos sobre crianças surdas no Brasil e em outros países estão principalmente voltados para os avanços tecnológicos no tratamento da deficiência auditiva, como os aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) e o implante coclear (IC), sua eficácia terapêutica no desenvolvimento auditivo e linguagem oral e escrita (BITTENCOURT et al., 2012; HANSEL et al., 2005). Eles se baseiam, contudo, ainda no modelo biomédico e na hegemonia do saber técnico-científico-especializado, na tentativa de transpor a barreira da deficiência auditiva e aproximar as crianças do desenvolvimento esperado para crianças ouvintes.

Os resultados desta pesquisa serão mostrados conforme a emergência de duas categorias oriundas dos discursos dos infor-

mantes da pesquisa, que destacam o papel da família e da escola na inserção social de crianças surdas: A Família como Base para o Processo de Socialização da Criança Surda; A Escola como Ambiente Favorável à Promoção da Saúde e a Inclusão Social de Crianças Surdas.

### **A família como base para o processo de socialização**

Na família de uma pessoa com deficiência, um dos membros já nasce com um papel inflexível, um estigma, uma condição marcada. Ele é o doente, o ‘deficiente’, o problema. Ele se torna o cartão de visitas da família, o rótulo que identifica todos os demais membros: “pais do surdo”. (GOFFMAN, 1988).

Evidencia-se o fato de que a família, ao ter um de seus membros surdos, passa a se privar das relações sociais, prejudicando, não só a si, como também o desenvolvimento da criança, que passa a se fechar mais para o mundo e permanecer apenas com seus familiares, ao perceber a sua condição de diferença.

*[...] ela vive mais comigo e com o pai dela, em casa [...] É difícil ela ir pros cantos assim. [...] pra aniversário de ouvinte ela não gosta [...] Os ouvintes não entendem ela, né? Não sabem os sinais de LIBRAS [...] Ela diz que a pessoa não sabe de nada [...] que tem que aprender LIBRAS. A não ser que tenha algum surdo por lá [...] Porque ela gosta de poder conversar. Porque é igual a ela, né?P7*

*Não, ela não tem muito contato com os outros, não. Ela fica mais dentro de casa. Muito difícil ela sair. P8*

*Eu queria que ele tivesse mais amigos, [...] a gente tivesse mais amigos, porque eu também não tenho, mas eu sei que eu protejo ele demais, é porque eu me preocupo, pra mim ele ainda é criança. P1*

Bittencourt et al.(2011), acentuam que o papel da família decorre de atitudes essenciais ao cuidado, proteção e bem-estar de seus membros. Desse modo, a pouca mobilização para mitigar a condição de privação ou de autoisolamento é percebida como conduta protetora. Em contrapartida, a insegurança perante a deficiência implica o comprometimento da relação saudável e natural, meios favoráveis para o bom desenvolvimento infantil.

O receio pelo uso exclusivo da LIBRAS e o anseio de que o filho fale, atendendo aos planos e às aspirações dos pais, pode produzir uma barreira comunicativa ainda mais intensa (FROTA, et al., 2012). Por esta razão, o papel da família é compreendido como primordial à interação da criança surda com o meio, e a sua ausência traz consequências que podem influenciar, inclusive, no desenvolvimento da personalidade e de comportamentos agressivos dessas crianças.

*Porque não tem comunicação em casa. Tem família que não tem comunicação com eles. Não quer ter responsabilidade. Ai um surdo desse vai pedir explicação ao pai, à mãe, e eles não sabem nada de LIBRAS [...] Ai o surdo fica violento. P7*

*[...] o irmão também não brinca com ele [...] o irmão não quer. Na hora que ele chega pra brincar os meninos já sabem que ele quebra [...] que ele arenga. Já correm logo [...] guardam os brinquedo e se mandam [...]. Eu acho que ele se zanga porque ninguém entende o que ele quer. P3*

*Já aconteceu de uma criança não querer brincar com ele porque ele não entende a brincadeira, aí ele fica com raiva e vem pra mim pra querer ir pra casa. Eu chorei escondida de tristeza, eu queria que eles quisessem brincar com ele. P1*

*Comecei a aprender porque ficaria melhor de eu me comunicar com ela, porque tem mãe que não quer falar através de LIBRAS, através de sinais, fica forçando a criança a falar. Aí a fala é muito ruim, eu ensinava ela a falar também [...] mas aí eu vi que forçando ela era judiação. Comecei a querer aprender LIBRAS assim que eu descobri (a surdez), porque era a língua dela [...] a língua dos surdos [...] quando ela completou três anos, eu coloquei na escolinha normal [...] vi que ela não estava aprendendo bem como as outras. Quando ela estava nessa escolinha normal apareceu interprete na escola do estado, que dava aula com uma turminha de surdos, aí eu coloquei ela lá com 4 anos. Daí pronto! [...] Sabe LIBRAS que bota qualquer um no bolso! P6*

*Aprendi quase do tanto dela, eu sei me comunicar bem, mas ainda estou aprendendo. P8*

A percepção da repulsa que alguns ouvintes têm da LIBRAS pode acarretar sentimentos de rejeição e inferioridade no surdo, fazendo com que ele evite usá-la em ambientes públicos. A piedade percebida também o constrange, pois ela reforça a condição de diferença e desvantagem, influenciando negativamente a valorização da identidade e de outras potencialidades (LOPES; LEITE, 2011).

Essa experiência com membros da família pode não chegar ao nível da consciência, mas, ainda assim, provoca im-

plicações no modo de enfrentamento da realidade vivida. Um exemplo disso é o apego aos resíduos auditivos, ressaltando que o filho escuta um pouco, portanto, que não é surdo totalmente. Essa necessidade de reforçar a audição reflete a ‘ouvintização’, termo cunhado por Perlin (2003), e está atrelada à não compreensão do sujeito surdo participante da comunidade surda. São meios de ambientar-se na cultura ouvinte, moldá-lo, oralizá-lo, para que possa ser “normal” como os demais e fazê-lo integrar a cultura dominante vigente e identificar-se como ouvinte.

*[...] é uma dificuldade ela ouvir e não saber falar. [...], ela entende o que o pessoal fala, a dificuldade é só essa [...] a dificuldade que eu acho que ela tem com o povo de fora. P8*

*Ela escuta, só não faz falar [...] tem no exame, não é profunda, não. Até hoje ela ainda faz fonoaudiólogo [...] Até hoje não sabe não (porque ela não fala). P8*

*Fiz os exames dela [...]. Diz que ela escuta um pouco. Tem audição de 15% no ouvido. P9*

Para as famílias há, muitas vezes, a necessidade de enfatizar o fato de que o filho é capaz, que a criança se harmoniza aos preceitos e padrões que a sociedade ouvinte solicita. Há um sentimento de ir à defesa do filho, numa alusão à vulnerabilidade que sua condição de pessoa com deficiência traz (YAMAZAKI; MASINI, 2008).

*Ele é como a gente. [...] Pra gente ele é uma pessoa normal. É pra todo mundo uma pessoa normal. E mesmo que a gente veja que não é, a gente bota ele como se fosse uma pessoa normal. P3*

*Eu acho normal a vida dele, né? Pra mim ele entende [...] ele olha o lábio da gente, né? Entende quando quer! Então, ele brinca, assiste dvd, joga vídeo game, né? Eu acho normal. P3*

*[...] tem muito preconceito de todo ouvinte. A maioria chama até de doido. Não sabem diferenciar de um doido pra uma pessoa surda. [...] não tem conhecimento e fica julgando. Tinha que prestar atenção no que fala. Não julgar. A negada tem que aprender pra ficar melhor a nossa vida. P5*

Neste sentido, é importante destacar o papel da família na naturalização do estado de surdez da criança, na aceitação, e na superação das dificuldades, em especial as de ordem social. Schemberg; Guarinello; Massi (2012) entendem que se por seu intermédio que o alicerce da personalidade infantil é construído, de forma que o desenvolvimento da criança é, em grande parte, de sua responsabilidade.

### **A Escola como Ambiente Favorável à Promoção da Saúde e à Inclusão Social de Crianças Surdas**

A Promoção da Saúde, valorizando a dimensão coletiva, auxilia na orientação das pessoas e do ambiente em suas múltiplas percepções, permitindo que elas realizem seu potencial social e de saúde por meio do conhecimento, do reforço ao poder de decisão dos sujeitos e das comunidades e, assim, favorecendo o acesso ao controle dos fatores determinantes de sua saúde (BUSS, 2009).

Nesta perspectiva, a saúde está imbuída de fatores que se relacionam aos aspectos biológicos, mas, também, à educação,

ao emprego e renda, e aos seus pré-requisitos, como a paz, a justiça social e a equidade. As estratégias e ações de Promoção da Saúde envolvem diversos ambientes, mediante políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento do sujeito, sendo necessário o reforço das habilidades das pessoas envolvidas no processo (PIZZIGNACCO; LIMA, 2006; LOPES, 2010).

São notórias nos discursos a inquietação e a apreensão dos pais quanto ao futuro dos filhos, principalmente nas oportunidades que terão para se desenvolverem de forma plena e serem cidadãos independentes e ativos na sociedade. Eles expressam o desejo de que os filhos possam estudar, trabalhar e desenvolver potencialidades profissionais. Consideram, ainda, que as escolas ditas inclusivas não estão adequadamente adaptadas às necessidades comunicativas e, por conseguinte, de socialização da criança surda.

*Para a vida ser melhor no futuro [...] coloquei ele pra estudar, entender e falar com a gente em Libras, também. P3*

*[...] Eu botei pra ele estudar e se formar pra, no futuro, ser alguém na vida. P7*

*Quando [...] ela for grande, mulher, eu acho que [...] ela vai ser ou uma professora ou uma interprete [...] Ou atriz! Porque ela adora, ela já faz tudo, quer continuar e estudar! P6*

*Eu acho que se tivesse uma campanha fora daqui, da escola [...] que incentivasse pra botar ela pra trabalhar. Ela tem capacidade de aprender [...] terminar os estudos, arrumar um emprego,*

*se ela tivesse bem esse incentivo. Eu já converso com ela sobre isso aí, mas por causa da (surdez) [...] não sei se ela vai querer terminar os estudos dela. [...] Eu vou ver se eu arrumo (um emprego) pra ela, ela quer trabalhar também. P4*

A escola, além de ser o local de alfabetização, também se mostra como importante possibilidade de aprendizado para a vida social. [...] *ela não tem muita amizade, ela só tem no colégio com os surdos [...] porque se não fosse por isso ela não teria amigos, não P2.*

Para as crianças surdas, em especial as que estudam em escolas ditas inclusivas, há dano na comunicação, visto que ainda há poucos intérpretes de LIBRAS, professores e alunos habilitados, prejudicando o acesso aos conteúdos acadêmicos e as suas possibilidades de interação (LOPES; LEITE 2011).

*[...] pra melhorar a comunicação com surdos tinha que botar esse curso de LIBRAS nas escolas normais, né? Aí servia mais. Porque enquanto eu e a mãe dela estamos perto presta, mas aí ela só não dá certo. Pense nela grande, eu me preocupo é muito. P5*

*Era bom se tivesse mais escolas, mais intérpretes, em todas as faculdades, escolas, principalmente nas escolas particulares. Quase não tem intérpretes né? P6*

Munoz-Baell et al. (2008) apontam o ambiente escolar como espaço imprescindível para o desenvolvimento de atitudes saudáveis do ponto de vista físico e psicológico, bem como para emponderamento e atenção às capacidades comunicativas.

Em estudo com alunos do ensino médio, Borges (2004) constatou que, para eles, a comunicação no ensino regular é restrita, o que reduz as possibilidades de interação e leva alguns surdos a darem preferência à escola especial, já que, nesta são maiores as oportunidades de comunicação. Os relatos corroboram os resultados expressos pelo autor, visto, que o ponto de vista dos pais aqui investigados revela a preferência pelo mesmo tipo de ambiente educacional, aquele que enseja o contato entre “iguais”.

*[...] quando ele era do NAMI, e tinha 6 anos, me incentivaram a colocar ele pra estudar, mas foi difícil vaga no outro colégio de surdo. Tava lotado, ai eu relaxei. Colégio normal não dá certo. Esse ano eu tentei aqui e achei. P1*

*Ela tem família, tem amiguinhos que não escutam também, ela brinca. Eu acho boa a vida dela. Estuda aqui com os outros igual a ela, vai pra associação (APADA) dia de sábado conversar com os amiguinhos [...]. Ruim era no colégio normal do bairro. Ela era só. P9*

Interagir com o grupo de pessoas que compartilham as mesmas características possibilita bons relacionamentos sociais (MOURA, 2013; CHESI, 1995), o que justifica os surdos preferirem estar com seus pares. Até no núcleo familiar, porém, alguns surdos enfrentam dificuldades comunicativas, porque nem todos os familiares tem domínio da língua de sinais, e, por vezes, querem que a criança oralize para que a comunicação aconteça, vendo como última opção o aprendizado da LIBRAS.

*Pra melhorar mesmo era a gente se entender mais. Aprender LIBRAS e também corresponder [...] a não ser que ela voltasse a falar, porque no caso ela escuta e não fala. Ai é complicado, ela escuta, entende o que o pessoal diz, mas não sabe o que responder. P8*

O acesso da criança surda aos espaços educacionais alcança larga extensão, no entanto, a sua inserção escolar não se exibi, conseqüentemente, como a necessária e almejada inclusão. Schemberg, Guarinello, Massi (2012), estudando pais e professores de crianças surdas, concluíram que as barreiras linguístico-discursivas são vivenciadas por essas crianças, tanto na família quanto na escola, trazendo à tona implicações e imposições que demandam mudanças atitudinais e conceptuais quanto ao sujeito surdo e as suas possibilidades de uso da linguagem em variadas situações sociais.

Assim, atualmente, a comunidade surda discute e estuda a proposta de uma experiência bilíngue como direito da pessoa surda, compreendendo que, na perspectiva histórico-cultural, as mudanças ocorram de acordo com vontade política, iniciativa dos agentes envolvidos e o tempo necessário para que transformem a perspectiva educacional (TURETTA; GÓES, 2009).

## **Considerações Finais**

A surdez infantil implica transformações na dinâmica familiar e educacional, portanto, o desenvolvimento global da criança e a sua inserção no ambiente social depende, inicialmente, da relação harmoniosa no seio delas, e entre elas.

A família, na qualidade de primeira unidade social do sujeito, tem papel fundamental na preparação deste para enfrentamento e superação de adversidades. O estudo, no entanto, evidenciou as suas dificuldades em lidar com a surdez, penalizando-se pelas dificuldades relacionais da criança, pois não percebe que, por vezes, é a fonte inicial de rejeição da cultura surda, ao aceitar a LIBRAS como última opção comunicativa com a criança.

A escolha do modelo educacional para a formação da criança surda e para o seu acesso às oportunidades equivalentes àquelas que se expressam às crianças ouvintes mostra como reforço à condição de isolamento social, quando a família opta pela inserção da criança em escola regular, ainda não preparada para atender às suas especificidades culturais e linguísticas. O contato com seus pares e com adultos surdos, para serem adotados como referências culturais, é determinante no desenvolvimento de uma identidade surda.

É clara a demanda de melhoria do nível de informação e sensibilização da família e da escola regular quanto à possibilidade de promover experiências bilíngues à criança surda.

Conclui-se, portanto, que a família e a escola têm dificuldades de contribuir para a Promoção da Saúde e inclusão social da criança surda, em realção ao reduzido nível de informação e capacitação para enfrentar esse desafio.

## REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BORGES, A. R. A inclusão de alunos surdos na escola regular. **Espaço**, Rio de Janeiro, v. 21, p.63-68, 2004.
- BORGES et al. Triagem Auditiva Universal. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, v. 10, n.1, p. 28-34, 2006.
- BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de Abril de 2012. **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html). Acesso em: 10 out. 2012.
- BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.
- CAMPOS, M. L. I. L. Educação inclusiva para surdos e as políticas vigentes. In: LACERDA, C. B. F.; SANTOS, L. F. (Orgs.). **Tenho um aluno surdo, e agora?** Introdução à Libras e educação de surdos. São Carlos: EduFSCar, 2013.p.37-59.
- DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa em serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 99-120.
- DIZEU, L. C. T. B.; CAPORALI, S. A. A língua de sinais constituindo o surdo como sujeito. **Educação & Sociedade**, v. 26, n. 91, p. 583-597, 2005.
- FROTA, M. A.; Amaral, L. C. G. Promoção da Saúde de Família de Crianças Surdas. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, v. 25, Supl. 2, p. 70-75, 2012.

GESSER, A. **O ouvinte e a surdez:** sobre ensinar e aprender a Libras. São Paulo: Parábola, 2012.

GOFFMAN, E. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

HARRISON, T. et al. Timing of impairment and health-promoting lifestyles in women with disabilities. **Qual Health Research**, v. 20, n. 6, p. 816–829, 2011.

HESPOS, S. J. Language acquisition: when does the learning begin? **Current Biology**, v. 17, n. 16, p. 628-630, 2007.

LACERDA, C. B.; MANTELATTO, S. A. C. As diferentes concepções de linguagem na prática fonoaudiológica junto a sujeitos surdos. In: LACERDA, C. B. F.; NAKAMURA, H.; LIMA, M. C. (Orgs). **Fonoaudiologia:** surdez e abordagem bilíngüe. São Paulo: Plexus, 2000. p. 21-41.

LICHTIG, I.; BARBOSA, F. B. Abordagem bilíngüe na terapia fonoaudiológica de surdos. In: FERNANDES, F. D. M.; MENDES, B. C. A.; NAVAS, A. L. P. G. **Tratado de Fonoaudiologia.** São Paulo: Roca, 2009.

LOPES, M. A. C.; LEITE, L. P. Concepções de surdez: a visão do surdo que se comunica em língua de sinais. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 17, n. 2, 2011.

MARCHESI, A. Comunicação, linguagem e pensamento das crianças surdas. In: COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A. (Org.). **Desenvolvimento psicológico e educação:** necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

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

MOURA, M. C. Surdez e linguagem. In: LACERDA, C. B. F.; SANTOS, L. F. (Orgs.). **Tenho um aluno surdo, e agora?** Introdução à Libras e educação de surdos. São Carlos: EduFSCar, 2013. p.13-36.

MUNOZ-BAELL, I. M. et al. Setting the stage for school health-promoting programmes for deaf children in Spain. **Health Promotion International**, v. 23, n. 4, p. 311-321, 2008.

MUNOZ-BAELL, I. M.; RUIZ, M. T. Empowering the deaf. Let the deaf be deaf. **Journal of Epidemiology & Community Health**, n.54, p. 40-44, 2000.

PERLIN, G. T. T. **O ser e o estar sendo Surdos**: alteridade, diferença e identidade. 2003. 152 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

PIZZIGNACCO, T. M. P.; LIMA, R. A. G. Socialization of children and adolescents with cystic fibrosis: support for nursing care. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, v. 14, n. 4, 2006.

QUADROS, R. M. Inclusão de surdos. In: **Ensaio Pedagógico**: construindo escolas inclusivas. Brasília: MEC-SEESP, 2005.

REBOUÇAS, L. S.; AZEVEDO, O. B. A centralidade da língua para os surdos: pelos espaços de convivência e uso da Libras. In: SÁ, N. **Surdos**: qual escola?. Manaus: Valer e Educar, 2011. p.169-182.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: SAMICO et al. (Orgs). **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SACKS, O. **Vendo vozes**: uma viagem ao mundo dos Surdos. Tradução: Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SCHEMBERG, S.; GUARINELLO, A.C.; MASSI, G. O ponto de vista de pais e professores a respeito das interações linguísticas de crianças surdas. **Rev. bras. educ. espec.**, v.18, n.1, p. 17-32, 2012.

SKLIAR, C. Um olhar sobre o nosso olhar acerca da surdez e das diferenças. In: SKLIAR, C. **A surdez**: um olhar sobre as diferenças. Porto Alegre: Editora Mediação, 1998.

STROBEL, K. **As imagens do outro sobre a cultura surda.** Florianópolis: Editora da UFSC, 2008.

TURETTA, B. R.; GÓES, M. C. R. Uma proposta inclusive bilíngue para crianças menores. In: LODI, C. B.; LACERDA, C. B. F. (Orgs.). **Uma escola, duas línguas:** letramento em língua portuguesa e língua de sinais nas etapas iniciais da escolarização. Porto Alegre: Mediação, 2009. p.81-98.

YAMAZAKI, A. L. S.; MASINI, E. A. F. S. A surdez no contexto familiar: o olhar materno. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 1, n. 2, p. 125 -128, 2008.

# ACIDENTES DE TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

## NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS BRASILEIROS

João Henrique Freitas Colares

Maria Tereza Sá Leitão Ramos Borges

Adriana Rolim Campos

Danielle Malta Lima

Acidente de trabalho (AT) é o que acontece durante o exercício laboral, trazendo como resultado uma lesão corporal ou alteração funcional, resultando em perda ou redução da capacidade para o trabalho, de modo permanente ou temporário, e até mesmo em morte (IARA, 2008).

Os hospitais são considerados locais tipicamente insalubres, na medida em que propiciam a exposição dos trabalhadores da área da saúde a inúmeros riscos de sofrerem AT, os quais podem ser caracterizados em físicos, químicos, fisiológicos, psíquicos, mecânicos e, principalmente, biológicos, inerentes ao trabalho nessas instituições (LAURELL; NORIEGA, 1989).

A exposição aos riscos biológicos é preocupante, uma vez que são causadores de muitos problemas à saúde dos trabalhadores, pois, ao executarem atividades que envolvem o cuidado direto e indireto dos pacientes, estão frequentemente expostos às infecções transmitidas por micro-organismos presentes no

sangue ou em outros fluidos orgânicos. A exposição ocupacional por material biológico é entendida como a possibilidade de contato com sangue e fluidos orgânicos no ambiente de trabalho, e as formas de exposição incluem inoculação percutânea por intermédio de agulhas ou objetos cortantes e o contato direto com pele e/ou mucosas (MARZIALE, 2002).

Nas últimas duas décadas, os AT envolvendo material biológico e trabalhadores da área da saúde auferem destaque no panorama de pesquisa mundial. A exposição aos patógenos veiculados pelo sangue pode levar a infecções e, conseqüentemente, sérios agravos à saúde. A transmissão dos vírus da hepatite B (VHB) e C (VHC) e do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) entre trabalhadores da área da saúde é reconhecida e está bem documentada (TARANTOLA, 2006).

No ambiente hospitalar, os profissionais de Enfermagem, principalmente técnicos e auxiliares, se envolvem com maior frequência em acidentes graves, pois se expõem mais a fluidos corporais infectantes, como sangue, excreções e fômites contaminados, em virtude da maior proximidade física com o paciente. Ocorrem também o desgaste físico, decorrente do ritmo de trabalho, e alterações psíquicas, pelo convívio frequente com a dor e a morte.

O conflito que envolve o profissional de saúde acerca do cuidar de si ou do doente é freqüente, à medida que o trabalho é intensificado, ocorrendo superposição de tarefas e interferências na execução delas.

Risco é definido como qualquer possibilidade de um elemento existente num ambiente de trabalho causar dano à saúde. O papel de cada elemento enquadrado na situação de

risco é regulamentado pela da Norma Regulamentadora 5 (NR 5) da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), elaborando-se um mapa de risco com a assessoria do Serviço Especializado de Segurança e em Medicina do Trabalho (SES-MT) e a participação do profissional (EVERALDO, 2012).

Em 1987, os Centers for Disease Control and Prevention (Estado Unidos) publicaram um manual com recomendações, denominadas de precauções universais, com o objetivo de prevenir a exposição ocupacional a patógenos veiculados pelo sangue, as quais, após revisão, passaram a ser denominadas de “precauções-padrão” (GARNER, 1996).

No Brasil, a NR 32, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), objetiva estabelecer diretrizes básicas para implementar medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Dentre as normas estabelecidas, são preconizados o uso de equipamento de proteção individual (EPI), a higienização das mãos, a vacinação contra hepatite B, tétano e difteria, entre outras disposições. Em complementação, a Portaria nº 939/2008, do TEM, determinou o prazo de dois anos, desde a data de sua publicação, para as empresas substituírem os materiais perfurocortantes por outros com dispositivo de segurança (JÚLIO, 2014).

Há poucos estudos que relatam a totalidade de AT de que são vítimas os trabalhadores de saúde. Maiores dificuldades ainda existem quando o foco do estudo são os hospitais universitários (HUs). É preciso considerar as suas particularidades, uma vez que, além do compromisso assistencial à

população, eles têm o compromisso com a pesquisa de novas tecnologias em saúde e com a formação técnico-científica, humanística e ética dos seus futuros profissionais.

Procurando contribuir e somar esforços para melhor compreensão dessa temática, e considerando que poucos estudos são conduzidos no Brasil com o propósito de caracterizar os AT em HUs, este capítulo teve como objetivo delinear o perfil epidemiológico e destacar as principais estratégias de prevenção, mediante uma revisão integrativa (RI) da literatura, buscando uma análise crítica acerca da temática de AT nos HUs.

Ao delinear as etapas dessa RI, utilizou-se o modelo proposto por Mendes (2008): identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para elaborar a revisão integrativa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A busca foi realizada na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), nos meses de fevereiro e março de 2014, utilizando-se os bancos de dados da Biblioteca Eletrônica Científica (SciELO), da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Os descritores usados foram: “acidentes de trabalho”, “hospitais universitários” e “Brasil”. Os critérios de inclusão estabelecidos foram artigos originais disponibilizados na íntegra e *on-line*, publicados nos idiomas português, inglês

e espanhol nos anos de 2004 a 2013. Os critérios de exclusão estabelecidos foram artigos de pesquisa bibliográfica e de reflexão, escritos repetidos em várias bases de dados e textos em que o sujeito não se tratava de profissional da saúde.

Foram encontrados 14 trabalhos, sendo sete excluídos por se encontrarem duplicados nas bases de dados e um por não se tratar de profissional da saúde, resultando em seis.

A coleta de dados, análise e posterior síntese dos artigos incluídos foram realizadas elaborando um quadro sinóptico (ApêndiceA) que privilegiou os seguintes aspectos: origem do artigo, nome da pesquisa, nome dos autores, perfil e causas dos AT, bem como recomendações para sua prevenção.

Com amparo nos estudos analisados, descreveu-se um consolidado de informações, destacando variáveis julgadas importantes pelos autores para a elaboração dos resultados.

Os periódicos com maior número de estudos publicados foram: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, com três estudos (50%); *Revista Brasileira de Enfermagem*, com dois artigos (33%); e a *Revista Gaúcha de Enfermagem*, com um artigo (17%). Todos os primeiros autores eram enfermeiros e/ou enfermeiras.

Quanto ao método adotado para o desenvolvimento dos estudos selecionados, houve predomínio de estudos descritivos com a abordagem quantitativa – quatro artigos (67%), sendo um caso-controle (16,5%) e um descritivo com abordagem qualitativa(16,5%).

Ao se tratar do perfil dos AT, foi observado, na totalidade dos artigos, o fato de que os profissionais de Enfermagem do

sexo feminino são os mais acometidos, sendo o material biológico o mais comum, ocorrendo principalmente no manuseio de perfurocortantes, ao se realizarem punção venosa e administração de medicamentos. O horário diurno foi relatado como o mais frequente em dois artigos (33%) – Ribeiro (2007) e Sêcco (2008) – sendo também mencionado por Canini (2008), porém, sem clareza do predomínio, e omitido dos três restantes.

Outros profissionais de saúde mais acometidos com AT mencionados nos artigos são os médicos, os técnicos de laboratório, os farmacêuticos e os auxiliares de serviços gerais.

Quanto às causas do AT, todos os artigos (100%) registraram a sobrecarga do trabalho, a falta de infraestrutura e organização da instituição e a longa jornada de trabalho como as mais frequentes. Magagnini (2011) e Balsamo (2006) relatam como “fatalidade” o motivo do AT. Ribeiro (2007) comenta a escassez de treinamento e a falta de conhecimento de prevenção. Canini (2008) expressa a falta de quantidade e qualidade de material.

No tocante às medidas preventivas, a educação continuada dos profissionais e estudantes foi mencionada em todos os artigos analisados. Ribeiro (2007), Pinho (2007) e Sêcco (2008) mencionaram a importância do apoio e da reativação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). Ribeiro (2007) e Magagnini (2011) comentaram acerca da importância do planejamento e organização da assistência.

Ao agrupar os estudos realizados sobre AT nos HUs, foi evidenciado nas regiões Sudeste e Sul o maior percentual (66%). Tal resultado corrobora os achados de outro estudo, ao revelar que são raras as publicações nessa temática e, quan-

do existem, a maioria se concentra nessas regiões (SANTANA, 2005). Do conhecimento dos autores até o momento, nas bases de dados citadas, esta é a primeira RI de um assunto relevante e pouco debatido, realizada no Nordeste.

O trabalho da Enfermagem em instituição hospitalar é realizado durante as 24 horas do dia, o que implica permanecer grande parte da jornada de trabalho em contato direto com o paciente e executar procedimentos de variados graus de complexidade (MAGAGNI, 2011). O sexo feminino prevalece, por ser o predominante na Enfermagem; além disso, a dupla – às vezes tripla – jornada de trabalho que a mulher brasileira da atualidade abraça, acumulando atividades como mãe, esposa e profissional, leva ao desgaste físico e emocional (BARBOSA, 2012).

Consoante Oliveira (2010), o AT com material biológico envolve exposição a sangue e/ou fluidos orgânicos no ambiente de trabalho, sendo as formas de exposição os ferimentos perfurantes por agulhas ou objetos cortantes contaminados, exibição de mucosa e contato com fluidos em lesões cutâneas prévias. Esses correspondem ao maior risco diante dos resultados desta pesquisa, porque condizem com a não utilização do EPI, assim como a falta de atenção e cuidado ao trabalhador (CANALLI, 2012). Apesar de obrigatórios, os EPI nem sempre estão disponíveis nos serviços de saúde, principalmente nos hospitais universitários da rede pública, onde há maior carência de recursos, comprometendo a realização de um trabalho com segurança.

Na avaliação dos AT ocorridos em ambiente hospitalar, notou-se que, conforme o esperado, a maior ocorrência se deu no período diurno, especialmente pela manhã, parecendo in-

cidir nos horários em que há maior intensidade do trabalho, especialmente procedimentos assistenciais.

As regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul contribuíram em sua maioria nas produções, não sendo observadas, nesse estudo, publicações do Nordeste. Também se observou que os artigos se referem somente aos hospitais públicos.

Quanto às causas do AT nos HUs, a sobrecarga e a longa jornada de trabalho foram mencionadas em todos os artigos desta revisão (100%). Parece claro que a carga de 40 horas semanais na Enfermagem favorece a ocorrência de AT. Há des-caso em relação ao Projeto de Lei (PL 2295/200) de autoria do ex-senador do Ceará, Lúcio Alcântara (que fixa a jornada de trabalho em seis horas diárias e trinta horas semanais para o pessoal da enfermagem), pondo em risco a segurança dos trabalhadores (DOS SANTOS, 2013).

Curioso é verificar o fato de que Balsamo (2006) e Magagnini (2011) citam em dois artigos (33%) a “fatalidade” como a causa de acidentes com material biológico, embora se tratando de hospitais universitários onde o ensino e o pioneirismo das boas práticas são estimuladas, colocando em dúvida a qualidade do ensino nessas instituições quanto à prevenção dos AT. Ações educativas com o objetivo de evitar ocorrências devem ser a preocupação de todos os envolvidos e demandam esforços intensos de formação e informação dos profissionais e alunos dos cursos da área, especialmente para a prevenção dos AT, que culminam sempre em desgaste emocional do profissional, riscos à saúde, problemas de ordem econômica e social (SÊCCO, 2008).

No que tange às medidas de prevenção dos AT, os artigos apontam, na sua totalidade, o fato de que o replaneja-

mento e a organização da assistência, assim como a reativação da CIPA, são indispensáveis. A multiplicidade de tarefas e a sobrecarga do atendimento tornam-se propícios para a ocorrência de AT. É necessária melhor distribuição dos leitos para cada atendente, melhor remuneração e redução da sobrecarga de trabalho. Ao se tratar de reativação da CIPA, deve-se partir de cada membro da instituição, manifestando-se desde a eleição correta dos seus membros e exigir o pleno funcionamento de suas atividades.

Os estudos que avaliam a incidência de acidentes de trabalho em ambiente hospitalar são de grande importância, pois trazem contribuições e adesões a procedimentos que levam a reduções desse tipo de acidentes nas instituições de saúde, em especial nos hospitais universitários. Ações educativas e preventivas são importantes para evitar novos acidentes. Isso envolve esforços de formação e informação dos profissionais ainda na graduação.

Devem ser obedecidas normas técnicas orientadas pela NR-32 e evitar subnotificações dos acidentes ocorridos.

É importante avaliar os processos de trabalho que são desenvolvidos nos hospitais, principalmente em relação aos trabalhadores que estão mais expostos aos riscos profissionais. Deve-se também levar em consideração a longa jornada de trabalho a que esses profissionais são submetidos. É necessária a aprovação do PL 2295/200, para a redução da sobrecarga de trabalho.

A reativação da CIPA deve ser não apenas objetivo do gestor, mas também de cada membro da instituição.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, Karine Pacheco *et al.* Processo de trabalho em setor de emergência de hospital de grande porte: a visão dos trabalhadores de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 10, n. 4, 2012.

CANALLI, Rafaela Thaís Colombo. **Riscos ocupacionais e acidentes com material biológico em profissionais de enfermagem da saúde coletiva**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

DA SILVA CANINI, Silvia Rita Marin *et al.* Fatores associados a acidentes percutâneos na equipe de Enfermagem de um hospital universitário de nível terciário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 818-823, 2008.

DE OLIVEIRA SÊCCO, Iara Aparecida *et al.* Acidentes de trabalho típicos envolvendo trabalhadores de hospital universitário da região Sul do Brasil: epidemiologia e prevenção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 824-831, 2008.

De trabajo, estudio sobre los accidentes. Etudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. **Rev Latino-am enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 346-53, 2006.

DOS SANTOS, Tatiane Araújo *et al.* Significado da regulamentação da jornada de trabalho em enfermagem [Meaning of the regulation of work day in nursing][Significado de la regulación de la jornada de trabajo en enfermería]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 2, p. 265-268, 2013.

GARNER JS. Guideline for isolation precautions in hospitals. **Infect Control Hosp Epidemiol.** 1996; 17(1): 54-80. JULIO, Renata Siqueira; FILARDI, Monique Borsato Silva; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Acidentes de trabalho com material biológico ocorridos em municípios de Minas Gerais. **Rev. bras. enferm**, v. 67, n. 1, p. 119-126, 2014.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. In: **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. Hucitec, 1989.

MAGAGNINI, Maristela Aparecida Magri; ROCHA, Suelen Alves; AYRES, Jairo Aparecido. O significado do acidente de trabalho com material biológico para os profissionais de Enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n. 2, p. 302-8, 2011.

MARZIALE, Maria Helena Palucci; NISHIMURA, Karina Yukari Namioka; FERREIRA, Mônica Miguel. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material pérfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 36-42, 2004.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758, 2008.

OLIVEIRA, Adriana Cristina; DE ALMEIDA GONÇALVES, Jacqueline. Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 482-7, 2010.

PINHO, Diana Lúcia Moura; RODRIGUES, Cristiane Medeiros; GOMES, Glaicy Pinheiro. Perfil dos acidentes de trabalho no Hospital Universitário de Brasília. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, June 2007.

RIBEIRO, Emílio José Gonçalves; SHIMIZU, Helena Eri. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 5, p. 535-40, 2007.

SANTANA VS, NOBRE L, WALDVOGEL B. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. **Ciênc e saúde coletiva**. 2005;10(4):841-55.

SILVA, Everaldo José da; LIMA, Maria da Glória; MARZIALE, Maria Helena Palucci. O conceito de risco e os seus efeitos simbólicos nos acidentes com instrumentos perfurocortantes; The concept of risk and its symbolic effects in accidents with sharp instruments; El concepto de riesgo y sus efectos simbólicos en accidentes con instrumentos perfurocortantes. **Rev. bras. enferm**, v. 65, n. 5, p. 809-814, 2012.

TARANTOLA, Arnaud; ABITEBOUL, Dominique; RACHLINE, Anne. Infection risks following accidental exposure to blood or body fluids in health care workers: a review of pathogens transmitted in published cases. **American journal of infection control**, v. 34, n. 6, p. 367-375, 2006.

## APÊNDICE A

Origem	Título do artigo	Autores	Perfil dos acidentes de trabalho	Causas/ Considerações	Recomendações para a prevenção
BDENF	Fatores associados a acidentes percutâneos na equipe de enfermagem de Um hospital universitário de nível terciário	Canini et al, 2008	Pessoal de enfermagem, material biológico, pérfuro-cortante, não específica o turno	Longa jornada de trabalho, ambiente de trabalho, estrutura organizacional da instituição	Medidas efetivas e racionais de prevenção de acidentes, conhecimento e gerenciamento de seus preditores
LILACS	O significado do acidente de trabalho com Material biológico para os profissionais de enfermagem	Magagnini et al, 2011	Pessoal de enfermagem, material biológico, pérfuro-cortante	Fatalidade	Planejamento e organização da assistência, recursos materiais no que se refere à qualidade e quantidade,
MEDLINE	Acidentes de trabalho típicos envolvendo trabalhadores de hospital Universitário da região sul do Brasil: epidemiologia e prevenção	Sêcco et al, 2008	Trabalhadores da enfermagem material biológico, pérfuro-cortante, mãos horário diurno	Estudos mais detalhados devem ser realizados possibilitando o desenvolvimento de ações concretas de preservação e promoção da saúde.	Fortalecimento do Serviço de Engenharia, Medicina, Segurança no Trabalho, das CIPAS, ações educativas dos profissionais e estudantes
MEDLINE	Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem	Ribeiro et al, 2007	Enfermagem, material biológico, acidentes pérfuro-cortantes, horário diurno	Complexidade do trabalho, falta de infra-estrutura, escassez de treinamento e conhecimento de prevenção "aconteceu", falta de atenção	Apoio para CIPA, serviço de Educação Continuada junto aos trabalhadores
LILACS	Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos Corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário	Balsamo et al, 2006	Enfermagem, líquidos corporais, pérfuro-cortantes		Rever a forma como o trabalho é organizado
LILACS	Perfil dos acidentes de trabalho no Hospital Universitário de Brasília	Pinho et al, 2007	Trabalhadores da enfermagem, material biológico, pérfuro-cortante, mãos, horário diurno	O contexto hospitalar pela sua natureza apresenta riscos biológicos, físicos e químicos	Rever os processos de trabalho, ações conscientizadoras dos profissionais, reativação da CIPA

# UN CENTRO PENITENCIARIO ESPAÑOL COMO ESPACIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: CONOCIMIENTOS EN SEXUALIDAD Y NUTRICIÓN DE UN GRUPO DE RECLUSOS ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

Agustín Pozo Tamayo

Javier Cubero Juárez

Constantino Ruiz Macías

Laboratorio de Educación para la Salud. Área de Didáctica de las Ciencias Experimentales de Badajoz. Universidad de Extremadura. apozotamayo@hotmail.com.

## CONSIDERACIONES PREVIAS Y PREMISAS DE PARTIDA

Cuando los estudiantes afrontan el aprendizaje de nuevos contenidos no tienen un total desconocimiento de los mismos. A través de diversas fuentes (creencias populares, televisión, internet...) han estado recibiendo información sobre ellos y han construido sus propias concepciones, más o menos acertadas, y que pocas veces suelen coincidir con las que se consideran científicamente correctas (Cubero et al., 2012). Estas ideas unidas a los contenidos ya aprendidos a través de la formación reglada, dan lugar al conocimiento; sobre éste se apoyará la enseñanza de contenidos mayores, para así construir los nuevos ratificados por la Ciencia, premisa principal de la teoría constructivista.

Las características singulares de cada contexto educativo han de tenerse en cuenta a la hora de educar en Salud (Minchón et al., 2009). Así, destacan las del entorno penitenciario donde se hace necesario la utilización de nuevas estrategias dirigidas fundamentalmente a la promoción de la Salud y a la prevención de enfermedades sobre todo en las áreas de Educación Afectivo-Sexual (EA-S) y Educación para la Alimentación y la Nutrición (EA-N).

La formación en materia de Salud a la población reclusa se establece como objetivo principal, en general, entre el equipo docente y sanitario de los centros penitenciarios españoles, y entre estos centros destaca, en particular, el ubicado en Badajoz (Extremadura). Con todo ello, se llevó a cabo el presente estudio donde se detectó y evaluó los conocimientos (ideas y contenidos) en anatomía y fisiología reproductiva, uso de métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos no deseados y de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y de Alimentación y Nutrición. Se usó una metodología cuantitativa basada en una investigación por cuestionario, desarrollada con los estudiantes del último curso de Educación Secundaria Postobligatoria. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en estos contenidos de Educación para la Salud (EpS) según las cuatro variables estudiadas: modalidad de estudios, género, edad e Índice de Masa Corporal (IMC), concluyéndose la necesidad de realizar intervenciones educativas específicas dirigidas a minorar los conocimientos erróneos sobre todo con los estudiantes de Humanidades, del género masculino, de mayor edad y con sobrepeso que son los que más errores conceptuales presentan de los sujetos analizados para que puedan adoptar un estilo de vida saludable, fin último de la EpS.

## CONOCIMIENTOS DE LOS EDUCANDOS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La EpS informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y un estilo de vida saludable mediante actividades de información y educación que lleven a una situación en la que las personas deseen estar sanas y sepan cómo se alcanza ese grado de Salud. Los centros educativos tienen la obligación de responder a las necesidades que la sociedad tiene planteadas. Y la sociedad actual tiene una serie de problemas de Salud en parte derivados de la permanencia de conocimientos (ideas y contenidos) erróneos provenientes de fuentes no exactas de aprendizaje sobre malnutrición, embarazos no deseados, ITS, obesidad (Gavidia, 2004).

Una de las disciplinas científicas donde más conocimientos existen es en la EpS y, más concretamente, en los campos de la EA-S y la EA-N. En este sentido, el grupo AVENA (2003) pudo evaluar cómo repercute en el bienestar físico y en la promoción de la Salud de los encuestados las concepciones imprecisas que mantienen sobre aspectos alimenticios y nutricionales, con el fin de alejarlos de patologías (Trastornos de la Conducta Alimentaria) que se extienden cada vez más en nuestros días.

Los estudiantes presentan diferencias en su aprendizaje y en su comportamiento sexual debido a diversas variables (Teixeira et al., 2006). En este sentido, se hace patente la necesidad de una buena EA-S, por lo que es esencial que el profesor profundice, entre otras cuestiones, en los contenidos sobre la diferenciación anatómica y fisiológica de los órganos del aparato reproductor (Hernández, 2012). Por ello, hay que

reflexionar sobre el origen de los obstáculos que los estudiantes encuentran en el aprendizaje de esta materia e interfieren de manera considerable en la evaluación final de la calidad educativa. Así, se han detectado confusiones e interpretaciones incorrectas en el significado de la terminología específica de la anatomía y Salud Reproductiva, destacando en este sentido la investigación de Cañizares et al. (2004), algo que acontece con el uso de los términos vulva y vagina o prepucio y frenillo.

Por otro lado, la incidencia en España de embarazos no deseados e ITS ha aumentado en los últimos años, a pesar del creciente interés social e institucional y las numerosas campañas de información general dirigidas a jóvenes y a diferentes espacios educativos considerados como Espacios Saludables (Romero et al., 2001). Santín et al. (2003) pone de manifiesto las inconsistencias que existen en el uso de los métodos anti-conceptivos e ITS.

También, se han realizado algunas investigaciones didácticas que muestran que los estudiantes tienen dificultades para comprender contenidos sobre Alimentación y Nutrición. Entre ellos, caben destacar las falsas creencias que existen sobre determinados grupos de alimentos y la cantidad calórica que aportan, la inexacta relación y vinculación de alimentos con determinadas enfermedades tales como la obesidad, y no saber discernir los requerimientos nutricionales que aportan cada grupo alimenticio. Así, se han detectado conocimientos erróneos en los alumnos a la hora de identificar si la ingesta de algunas verduras, hortalizas, frutas, cereales, derivados lácteos, carnes, aceites, grasas, bebidas y repostería engordan o no (Castillo et al., 2001; Núñez et al., 2007; Vallejo et al., 2009).

Se han llevado a cabo estudios sobre el análisis de las respuestas obtenidas en exámenes y cuestionarios para evaluar los conocimientos de los alumnos sobre diferentes alimentos, sus aportaciones nutricionales y la manera en la que éstos repercuten en el bienestar del individuo, concluyéndose que es importante realizar programas educativos dirigidos a remitir las concepciones erróneas (Peña et al., 2011). Establecer la relación entre los factores de riesgo y el daño para la Salud requiere un adiestramiento que permita desarrollar la capacidad crítica de los estudiantes sobre sus propios conocimientos. De esta forma, es importante que los alumnos sepan calcular su IMC con el fin de poder diseñar una alimentación equilibrada y conseguir un bienestar físico, psicológico y sociológico. Unikel et al. (2002) especifica que existe una tendencia en ambos sexos a presentar un mayor porcentaje de conocimientos erróneos que caracterizan el hecho de que lleven a cabo una conducta alimentaria no saludable a medida que se incrementa el IMC de los sujetos.

## **COMPETENCIAS DEL DOCENTE EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS**

Los profesores y educadores, con mucha frecuencia, tienden a pensar que la promoción de la Salud, la prevención de enfermedades y el potenciar hábitos saludables son actividades secundarias en su quehacer diario. A esta postura contribuyen una serie de factores: la falta de herramientas adecuadas para desarrollar esta específica forma de atención al alumnado, el escaso estímulo de los docentes para que dediquen horas de trabajo a esta actividad, la demora de la obtención de resultados objetivables y, en general, de que se trata de un trabajo que

no les compete a ellos sino a los facultativos sanitarios (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, técnicos de laboratorio, etc.). Sin embargo, toda educación preventiva es absolutamente eficiente y mucho más en los campos de la EA-S y EA-N, donde lo que se intenta es mejorar el clima social de los Centros Penitenciarios, la interrelación entre la población reclusa, los comportamientos sexuales y nutricionales inadecuados, o la propia aparición de enfermedades entre los presos (Equip VINCLES SALUT, 2011).

En la Instrucción Educativa 12/2014<sup>10</sup> se establece que el profesor o tutor en este contexto deberá planificar tareas de enseñanza/aprendizaje que fomenten la motivación y la participación activa del estudiante en contextos no formales (como lo es el Centro Penitenciario de Badajoz), orientar al alumnado en su proceso de aprendizaje para la adquisición de los objetivos y atender a las cuestiones que el alumnado plantee sobre contenidos del propio módulo donde se ubique, haciendo ver la funcionalidad que los contenidos abordados tienen en la vida cotidiana. Entre los contenidos que se especifican en la Instrucción destacan los de Salud y Cuidado Físico y los de Alimentación, marcándose como tareas del profesional educativo en EpS que sus alumnos consigan los siguientes objetivos:

\* “Conocer las principales funciones del cuerpo humano (fisiología de aparatos) y la importancia de los hábitos saludables en contraposición con actividades y prácticas susceptibles de provocar trastornos y enfermedades” → Justificación de la elección en la investigación que se desarrolla en el epígrafe siguiente del aparato reproductor.

10 Instrucción Nº 12/2014 de la Dirección General de Formación Profesional y Universidad, sobre Programas No Formales, Enseñanzas Iniciales y Educación Secundaria Obligatoria para personas adultas para el curso 2014/2015.

\* “Desarrollar habilidades cognitivas emocionales y sociales mediante dinámicas vivenciales y lectura de textos (adaptados) de interés humano y científico que contribuyan a un aprendizaje activo y saludable” → Justificación del diseño de cuestionarios como instrumento motivador para detectar el aprendizaje obtenido previamente sobre EpS.

\* “Analizar los hábitos de consumo y sus consecuencias para la Salud, la economía familiar y el entorno, promoviendo la elección racional de bienes y servicios” → Justificación de la elección de uso de métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados e ITS y diseños de dietas equilibradas según el aporte calórico y valor nutricional de los alimentos.

Para ello, se establece la importancia de usar una metodología diversa, basada en actividades de distinto nivel de complejidad y relacionarlas con los contenidos de cursos anteriores que el alumnado debe conocer correctamente. De ahí la importancia de llevar a cabo una detección inicial de los conocimientos de los discentes y así poder realizar una buena EpS.

## **DERECHO A LA EDUCACIÓN Y A LA SALUD DE LOS INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS**

El derecho a la Salud es un derecho universal que no puede verse limitado por la privación de libertad, razón por la que la Salud de los internos ha sido una preocupación constante en las Instituciones Penitenciarias. La Ley Orgánica General Penitenciaria<sup>11</sup> creó un modelo de asistencia sanitaria penitenciaria de carácter integral, diseñado para cubrir las necesidades

<sup>11</sup> Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Publicado en BOE nº 239, de 05/10/1979. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1979/10/05/pdfs/A23180-23186.pdf>. Consultado el: 25 septiembre 2014.

sanitarias de los internos, autónomo, al margen del sistema sanitario, integrado dentro de la Administración Penitenciaria y dependiente del Ministerio del Interior (Serrano, 2010).

Lo mismo acontece con el derecho a la Educación, puesto que todas las personas reclusas y privadas de libertad tienen derecho a ser educados en temáticas diversas entre las que se encuentra el área saludable. La intención de la pena en la cárcel es privar de la libertad. Pero muchas veces también significa la violación y privación de los Derechos Humanos, incluyendo el Derecho a la Educación. Simultáneamente, la educación de personas adultas en las cárceles debe ir más allá de una simple capacitación; la demanda de oportunidades de aprendizajes en las cárceles debe abastecerse apropiadamente.

Por otro lado, puede argüirse que el encarcelamiento, aunque se considere un castigo justificado, no debe llevar consigo una privación adicional de derechos civiles entre los que figura el de la Educación. Las minorías más desfavorecidas son las que no saben leer ni escribir, y en un mundo dominado por la comunicación, saber leer y escribir es considerado como el conocimiento más elemental de todos y una herramienta esencial para el progreso educacional. La alfabetización científica (otro pilar básico de la EpS) es, por tanto, uno de los medios para combatir la exclusión en la participación de la sociedad (Scarfó, 2005).

Se suma a esta idea el concepto de que la educación debe mantenerse a lo largo de toda la vida (Educación Permanente), ya que la enseñanza, bajo toda modalidad de organización, estructura y currículo, es esencial para el desarrollo personal y la participación del individuo en la sociedad. Pero no debe desar-

rollarse como un aprendizaje rutinario basado en una serie de datos, sino como una educación que permita significar, elaborar, modificar y construir su propio camino (teoría constructivista educativa). Lo expuesto hasta aquí intenta justificar la urgencia de llevar a cabo una correcta EpS que garantice a los detenidos un beneficio personal al adoptar hábitos saludables, inculcados en sus etapas educativas, y el impacto auspicioso de una Educación a favor de la participación en la construcción de la cultura sanitaria.

## **ESTUDIO DE UN CASO: CENTRO PENITENCIARIO DE BADAJOZ**

Se seleccionó el Centro Penitenciario de Badajoz por gozar de una gran diversidad de alumnado con diferente edad, nivel socio-cultural, origen geográfico, género y tendencia sexual, así como la modalidad de estudios que se realizan. Se eligió el último curso de Educación Secundaria Postobligatoria debido a que en esta etapa, tal y como marca el currículo de secundaria español y extremeño, el alumnado debe tener asimilados los conceptos sobre los que versa este estudio.

En total se contó con 30 estudiantes sanos. Según la modalidad de estudios, 15 cursaban Ciencias y 15 Humanidades; según la edad, 10 tenían entre 18 y 27 años, 10 entre 28 y 37 años y los 10 restantes entre 38 y 47 años; según el género, 15 eran hombres y 15 mujeres.

De los hombres, 6 mostraban un IMC normal y 9 sobrepeso. De las mujeres, 10 mostraban un IMC normal y 5 sobrepeso. Se consideró para los hombres un IMC normal si éste estaba entre 23,9 y 24,9 kg/m<sup>2</sup> (normopeso) y en caso de ser

mayor a 24,9 kg/m<sup>2</sup> se consideró que tenían sobrepeso. Para las mujeres, el IMC normal se ajustó a valores entre 22,9 y 23,9 kg/m<sup>2</sup> y si la cifra era mayor a 23,9 kg/m<sup>2</sup> se consideró que tenían sobrepeso (Arrizabalaga et al., 2004; Carrascosa et al., 2008).

### **5.1. Diseño de un instrumento para detectar conocimientos en Educación para la Salud en el Centro Penitenciario.**

Al tratarse de un estudio descriptivo/exploratorio cuantitativo basado en una investigación por cuestionario, se procedió a diseñar y validar un cuestionario para detectar los conocimientos de los sujetos a estudio en EpS.

La clave para comenzar la elaboración de los cuestionarios fue plantear el propósito del estudio. Después, se construyó una lista con los temas sobre los que se quería obtener información: anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino humanos, ITS, métodos anticonceptivos, Alimentación y Nutrición. Estos temas fueron clasificados en dos categorías: EA-S y EA-N.

Para cada categoría se realizó un cuestionario. Se formularon aseveraciones con tres posibles respuestas: “sí” en caso de estar de acuerdo con la afirmación planteada, “no” en caso de estar en desacuerdo y “no sabe/no contesta” si no se sabía la veracidad o falsedad. Las preguntas eran cerradas para evitar que los alumnos tuvieran que escribir explicaciones que pudieran derivar en cansancio y falta de interés para acabar el cuestionario.

Al redactar los ítems se siguieron las indicaciones de Warwick et al. (1975). Una vez desarrollados, se procedió a su validación por expertos en EpS. Finalmente, se pasó el test a la población a estudio. Ambos cuestionarios tenían un encabezamiento, donde se solicitaba información del encuestado que se

utilizaron para clasificarlos según las variables a analizar, unos breves comentarios donde se expuso cómo se debía cumplimentar y el tiempo estipulado del que disponían para ello. Posteriormente se enumeraron los ítems y sus respuestas y al final se agradecía la aportación prestada por parte de los alumnos.

El cuerpo de los instrumentos de evaluación contenían las aseveraciones planteadas para cada categoría. Para el cuestionario de EA-S se obtuvieron un total de 40 ítems, 10 versaban sobre el aparato reproductor femenino, 10 sobre el masculino, 10 sobre ITS y su prevención, y los 10 restantes sobre métodos anticonceptivos y hábitos saludables. Todos los ítems eran aseveraciones con las tres posibles opciones de respuesta descritas (sí, no, no sabe/no contesta), a excepción de los referentes a los aparatos reproductores que contenían un ítem basado en una imagen que debían completar con las partes anatómicas. Para la segunda categoría, el número total de ítems fue 24, todos con la misma estructura. Se establecieron 12 grupos alimenticio-nutricionales con 2 ítems para cada uno: verduras y hortalizas, frutas, cereales, legumbres, lácteos, carnes, pescados y mariscos, huevos, aceites y grasas, repostería, bebidas, vitaminas y minerales (Anexo).

### **. Programa estadístico para cuantificar datos educativos en Educación para la Salud.**

Se utilizó el programa estadístico SPSS 17.0 para Windows. Para analizar los cuestionarios, se supervisaron las respuestas dadas por los encuestados señalando aquellas contestaciones que eran válidas y descartándose las erróneas para detectar los conocimientos correctos que poseen los estudiantes respecto a los contenidos que se estudiaron. Posteriormente, se

analizaron las respuestas erróneas sin tener en cuenta las de “no sabe/no contesta” para detectar los conocimientos erróneos del alumnado. Tras realizar el análisis descriptivo (%) de los datos y comprobar que nuestra población seguía una distribución normal, se realizó el inferencial teniendo en cuenta un nivel de significación del 5% ( $p < 0,05$ ). Así, para el análisis por parejas se realizó la prueba de t de Student (variables modalidad de estudios y género) y para las comparaciones múltiples se usó la F de Scheffé (variables edad e IMC).

### **. Manejo de resultados y discusión en los estudios de un Centro Penitenciario.**

Los resultados inferenciales ( $p < 0,05$ ) mostraron diferencias conceptuales en los ítems de los cuestionarios según las cuatro variables, de forma que los estudiantes de Humanidades, del género masculino, de edades diferentes a los 28-37 años y con mayor IMC son los que más conocimientos erróneos presentaban (Tabla 1).

<b>Variable</b>	<b>p</b>	<b>Responden mal estudiantes</b>
Bachillerato	0,00	Humanidades
Género	0,00	Hombres
Edad	0,03	[28-37 años]
IMC	0,02	Con sobrepeso

Tabla 1. Resultados inferenciales ( $p < 0,05$ ) para las respuestas incorrectas de los cuestionarios de EA-S y EA-N según las cuatro variables del estudio.

Estos resultados coinciden con los que Libreros et al. (2008) obtuvieron, indicando que los cuestionarios cumplimentados sobre sexualidad en hombres y mujeres se consideran fiables válidos para poder afirmar que los adolescentes de dife-

rentes edades muestran dificultades a la hora de aprender temas afectivos/sexuales y demostrar sus conocimientos sobre EA-S.

Tras analizar el test de EA-S, se detectaron en qué contenidos específicos de anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino, ITS y métodos anticonceptivos existen conocimientos erróneos específicos, existiendo diferencias estadísticamente significativas según los estudios realizados, el género y la edad de la población (Tabla 2).

Variable	Ap. Reproductor Maculino	Ap. Reproductor Femenino	ITS y su prevención	Métodos Anticonceptivos
	<b>Responden mal estudiantes de</b>			
Bachillerato	*Humanidades: -Ítem 11 (localización próstata) -Ítem 15 (función próstata)	*Humanidades: -Ítem 1 (ubicación folículos ováricos) -Ítem 7 (función vulva) -Ítem 8 (ovogénesis)	*Humanidades: -Ítem 35 (linfogranuloma venéreo)	*Humanidades: -Ítem 23 (coitus interruptus) -Ítem 30 (método Ogino-Knaus)
Género	*Mujeres: -Ítem 11 (localización próstata y escroto) -Ítem 15 (función próstata) -Ítem 16 (descripción frenillo)	*Hombres: -Ítem 1 (ubicación folículos ováricos) -Ítem 7 (función vulva) -Ítem 8 (ovogénesis)	*Hombres: -Todos los ítems del 31 al 40	*Hombres: -Todos los ítems del 31 al 40
Edad	*[18-27] y [38-47 años]: -Ítem 15 (función próstata) -Ítem 16 (descripción frenillo)	*[18-27] y [38-47 años]: -Ítem 8 (ovogénesis)	*[18-27] y [38-47 años]: -Ítem 33 (pediculosis púbica) -Ítem 35 (linfogranuloma venéreo)	*[18-27] y [38-47 años]: -Ítem 27 (función espermicidas)

Tabla 2. Ítems del test de EA-S con diferencias estadísticamente significativas en el número de respuestas incorrectas según el Bachillerato cursado, género y edad de los encuestados (n=30; p<0,05).

Cubero et al. (2012) apunta que no hay que olvidarse de que estos errores conceptuales pueden derivar de las inexactitudes presentes en los libros de texto o a la existencia de metodologías basadas en clases expositivas, factores que interfieren en la permanencia de conocimientos erróneos en el alumnado sobre contenidos anatómicos. Como se puede contemplar, son los hombres los que manifiestan mayor desconocimiento sobre el aparato reproductor del sexo opuesto, igual que acontece entre la población reclusa femenina con respecto a la anatomía masculina.

Entre los grupos de edad, Cerdón-Colchón (2008) afirma que las personas más jóvenes presentan la adquisición de mitos transmitidos por sus mayores y que la continuidad en dicha transmisión pone de manifiesto que la EA-S que estamos prestando como docentes no llega correctamente a nuestros alumnos. Esto va en la misma línea que los resultados obtenidos en el Centro Penitenciario de Badajoz, ya que los alumnos con mayor edad (de 38 a 47 años) fueron los que peores resultados obtuvieron en los ítems, seguidos de los más jóvenes (de 18 a 27 años), cuestión que puede deberse a que los conceptos se transmiten generacionalmente.

Con respecto a los métodos anticonceptivos y su uso para prevenir embarazos no deseados, Lete y Martínez-Etayo (2004) destacan que un importante porcentaje de la población femenina en edad fértil se expone al riesgo de una gestación de este tipo, ya sea por uno usar ningún método anticonceptivo o bien por utilizar alguno de baja eficacia que, según sus parejas, creen que son más efectivos que los que ellas proponen o bien les indican que no quieren usar estos métodos porque así sienten menos placer en la relación. En el Centro Penitenciario de Badajoz las mujeres son las que mejor conocen los métodos

anticonceptivos y su uso para prevenir embarazos, aunque si se dejan guiar por sus parejas (hombres), los cuales según nuestro estudio tienen menor grado de conocimientos, pueden exponerse a tener riesgos innecesarios de embarazos. Por ello, se hace necesario el hecho de fomentar una buena EA-S, de tal forma que se les refuerce a las mujeres para evitar mantener relaciones sexuales sin protección, y que no se dejen llevar por la idea errónea que se tiene en los hombres de que el uso del condón disminuye el placer, puesto que actualmente existen preservativos y lubricantes que incluso pueden potenciarlas.

Respecto a las ITS, Pons et al. (2010) exponen en su trabajo resultados similares a los que nosotros obtenemos. Así, estipula que existe un optimismo no realista en el uso del condón como método preventivo de embarazos no deseados y de ITS. Para ello, estos autores se centraron en si el sujeto evaluado consideraba las posibilidades de que ocurrieran acontecimientos negativos o positivos, controlables e incontrolables, relacionados con el uso del condón para evitar la transmisión de estas infecciones. Indican que los estudiantes de 14 a 24 años suelen ser optimistas al creer que no usar el condón con sus parejas no comporta ningún riesgo de que puedan ser infectados por alguna enfermedad transmitida sexualmente. Esto coincide con lo que acontece en nuestro estudio, ya que la población más joven (de 18 a 27 años) son los que más desconocen las formas de transmisión de estas infecciones.

En cuanto al cuestionario de EA-N, existen conocimientos erróneos específicos según la especialidad de los estudios cursados, el género, la edad y el IMC de los estudiantes de la investigación, poniéndose de manifiesto diferencias estadísticamente significativas (Tabla 3).

Variable	Alimentación y Nutrición
<b>Responden mal estudiantes de</b>	
Bachillerato	*Humanidades: -Todos los ítems del cuestionario
Género	*Hombres: -Todos los ítems del cuestionario
Edad	*[18-27] y [38-47 años]: - Ítem 23 (vitamina C y gripe) -Ítem 3 (frutas y obesidad)
IMC	*Estudiantes con sobrepeso: -Todos los ítems del cuestionario

Tabla 3. Ítems del test de EA-N con diferencias estadísticamente significativas en el número de respuestas incorrectas según las cuatro variables del estudio (n=30; p<0,05).

Los alumnos de Educación Secundaria Postobligatoria del Centro Penitenciario de la ciudad de Badajoz presentan un nivel de conocimientos diferentes en EA-N según las variables analizadas. Nuestros resultados se corroboran con los obtenidos por Jiménez (2005) y Martínez et al. (2009), donde indican la necesidad de incorporar programas educativos eficaces tanto en etapas obligatorias de la Educación Secundaria como en etapas postobligatorias del Bachillerato, tanto en hombres como en mujeres con sobrepeso y de edades diversas, debido a las imprecisiones que muestran los educandos en algunos contenidos básicos de temática nutricional.

### **. Conclusiones y contribuciones de la investigación para la construcción de nuevos conocimientos en Educación para la Salud**

La principal aportación que se deduce del estudio es que es necesario realizar intervenciones educativas en EA-S y EA-N con los estudiantes de Humanidades, del género masculino, de edades diferentes a los 28-37 años y con sobrepeso, ya que son el colectivo que más conocimientos erróneos manifiestan

en los dos temas estudiados. En contraposición, son los estudiantes de Ciencias, del género femenino, con edades entre los 28-37 años y con normopeso los que mejores conocimientos presentan.

Con este trabajo se ha contribuido a identificar cuatro variables relevantes en el grado en el que los alumnos de Educación Secundaria Postobligatoria aprenden significativamente los contenidos de EpS, con el objeto de establecer las causas de los conocimientos erróneos que se dan en los estudiantes y que deben de ser tenidas en cuenta por los docentes de los Centros Penitenciarios a la hora de impartir estos contenidos. Todo esto debe promover un cambio en la metodología educativa hasta la fecha empleada, rompiendo con el modelo tradicional expositivo, y percatarnos de la importancia de saber de primera mano qué es lo que saben y no saben nuestros alumnos para que, a partir de ello, podamos abordar los nuevos contenidos y poder realizar un aprendizaje significativo.

Además, este estudio nos lleva a reflexionar sobre la importancia de que si estos conocimientos erróneos persisten en la población estudiantil reclusa puede derivar en patologías y trastornos graves que además pueden transmitir a futuras generaciones. Por ello, los docentes debemos tener en cuenta como una de nuestras implicaciones el ahondar más en los motivos que hacen que los discentes presenten estos errores conceptuales que deberían tener asimilados, revisando el contenido que se contempla en los libros de texto utilizados, las páginas web que se usan en clase para abordar estos contenidos, la adecuación de las prácticas de laboratorio para el contenido que se pretende alcanzar y fomentar la participación de los estudiantes para conseguir un estilo de vida saludable.

Esta es la única manera de formar una ciudadanía reclusa activa, capaz de comprender los mensajes que desde los medios de comunicación y otras fuentes les llegan sobre EpS para que cuando gocen de libertad tras el cumplimiento de su condena puedan adaptarse y comprender de forma adecuada a los avances científicos/sanitarios producidos durante su período de privación de libertad en prisión. Finalmente, siguiendo todas estas premisas conseguiremos ayudar en el desarrollo integral de la población estudiada, finalidad última del actual currículo de Secundaria en Extremadura<sup>12</sup>, en particular, y en España<sup>13</sup>, en términos generales.

## REFERENCIAS

ARRIZABALAGA, J. J. et al. Recomendaciones y algoritmo de tratamiento del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. **Revista Medicina Clínica**, Madrid, v. 122, n. 3, p. 104-110, ene. 2004.

CAÑIZARES, O. et al. Una propuesta didáctica ante los problemas cognoscitivos en Anatomía Humana. **Revista Educación Médica Superior**, La Habana, v. 18, n. 4, p. 13-19, oct./dic. 2004.

CARRASCOSA, A. et al. Estudios españoles de crecimiento 2008. Nuevos patrones antropométricos. **Revista de Endocrinología y Nutrición**, Barcelona, v. 55, n. 10, p. 484-506, dic. 2008.

CASTILLO, M. D. et al. Creencias erróneas sobre alimentación. **Revista Medicina General y Familia**, Madrid, v. 33, p. 346-350, abr. 2001.

---

12 Decreto 115/2008, de 6 de junio, por el que se establece el currículo del Bachillerato en Extremadura. DOE miércoles 18 de junio de 2008.

13 Disponible en: <http://www.mecd.gob.es/educacion-mecd/areas-educacion/sistema-educativo/enseñanzas/bachillerato.html>. Consultado el: 11 octubre 2014.

CORDÓN-COLCHÓN, Juana. Mitos y creencias sexuales de una población adolescente de Almendralejo. **Matronas Profesión**, Valencia, v. 9, n. 3, p. 6-12, may. 2008.

CUBERO, J. et al. Análisis del origen de concepciones alternativas entre los conceptos de aparato y sistema en anatomía y fisiología. **Revista de Educación en Biología**, Argentina, v. 12, p. 16-31, jun. 2012.

EQUIP VINCLES SALUT. **Guía para la promoción de la Salud Mental en el Medio Penitenciario**. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011. 198 p.

GAVIDIA, Valentín. La escuela promotora de Salud y Sostenibilidad. **Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales**, Valencia, n. 18, p. 65-80, oct. 2004.

GRUPO AVENA. Alimentación y valoración del estado nutricional de los adolescentes españoles (Estudio AVENA). Evaluación de riesgos y propuesta de intervención. I. Descripción metodológica del proyecto. **Revista Nutrición Hospitalaria**, Madrid, v. 18, n. 1, p. 15-28, ene./feb. 2003.

HERNÁNDEZ, Leonor. **Propuesta de una guía didáctica de Morfofisiología humana III para estudiantes de medicina**. En: Primer Congreso Virtual de Ciencias Morfológicas. Primera Jornada Científica de la Cátedra Santiago Ramón y Cajal, n. 1, 2012, La Habana. Disponible en: <http://www.morfovirtual2012.sld.cu/index.php/morfovvirtual/2012/paper/viewPaper/228/338>. Consultado el: 24 septiembre 2014.

JIMÉNEZ, José. Estudio sobre determinados hábitos alimenticios de una población de estudiantes de ESO y Bachillerato. Repercusión en su rendimiento motor y académico. **Lecturas: Educación física y deportes**, Buenos Aires, n. 84, p. 1-4, may. 2005.

LETE, I. y MARTÍNEZ-ETAYO, M. La salud reproductiva: datos y reflexiones. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 18, n. 1, p. 170-174, may. 2004.

LIBREROS, L. et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes en una unidad educativa. **Revista de Salud Pública y Nutrición**, México, v. 9, n. 4, p. 1-12, oct./dic. 2008.

MARTÍNEZ, M. I. et al. Desarrollo de un programa de educación nutricional y valoración del cambio de hábitos alimentarios saludables en una población de estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. **Revista Nutrición Hospitalaria**, Madrid, v. 24, n. 4, p. 504-510, jul./ago. 2009.

MINCHÓN, A. et al. Educación para la Salud en centros penitenciarios: evaluación de una experiencia en personas con diabetes. **Revista Española de Sanidad Penitenciaria**, Barcelona, v. 11, n. 3, p. 73-79, jun. 2009.

NÚÑEZ, G. et al. ¿Qué saben nuestros alumnos sobre alimentación y nutrición? **Revista Iberoamericana de Educación**, Argentina, v. 43, n. 5, p. 1-8, jul. 2007.

PEÑA, M. et al. Conocimientos, opiniones y prácticas respecto al huevo de gallina en familias de comunidades urbana-rural. **Revista Costarricense de Salud Pública**, Costa Rica, v. 20, n. 1, p. 32-39, jun. 2011.

PONS, G. et al. El efecto del optimismo no realista en la intención del uso del condón como método de prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. **Anales de Psicología**, Murcia, v. 26, n. 2, p. 310-317, jul. 2010.

ROMERO, R. J. et al. Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. **Revista Atención Primaria**, Barcelona, v. 27, n. 1, p. 12-17, ene. 2001.

SANTÍN, C. et al. Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual en jóvenes. **Anales de Psicología**, Murcia, v. 19, n. 1, p. 81-90, jun. 2003.

SCARFÓ, Francisco. Cultura, Educación y Derechos Humanos en las Cárceles. **Revista de Pensamiento y Cultura Contratiempo**, Buenos Aires, n. 7, año V, nov./dic. 2005.

SERRANO, M<sup>a</sup> Dolores. Derecho a la Salud de los internos en Centros Penitenciarios y Sanidad Penitenciaria. **Revista de Derecho UNED**, España, n. 6, p. 413-446, ene. 2010.

TEIXEIRA, A. M. F. B et al. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1385-1396, jul. 2006.

UNIKEL, C. et al. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. **Salud Mental**, México, v. 25, n. 2, p. 49-57, abr. 2002.

VALLEJO, J. R. et al. Educación para la salud y obesidad en un centro escolar de Badajoz. **Gazeta de Antropología**, Granada, v. 25, n. 2, art. 31, jul. 2009.

WARWICK, D. P. et al. **The sample survey: theory and practice**. 1. ed. Nueva York: McGraw-Hill, 1975. 384 p.

# **ANEXO**

## CUESTIONARIO DETECCIÓN CONOCIMIENTOS DE SEXUALIDAD

### Aparato reproductor femenino:

1. Completa el siguiente esquema del aparato reproductor femenino usando las palabras del cuadro adjunto.

2. El aparato reproductor de la mujer es independiente del aparato urinario

Sí            No            No sabe/No contesta

3. Los folículos ováricos se encuentran en las trompas de Falopio

Sí            No            No sabe/No contesta

4. Los folículos secretan las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona)

Sí            No            No sabe/No contesta

5. La función de las trompas de Falopio es transportar los ovocitos secundarios u óvulos inmaduros desde los ovarios hasta el útero

Sí            No            No sabe/No contesta

6. Las paredes del útero están recubiertas por el endometrio, un tejido que contribuye a formar la placenta

Sí            No            No sabe/No contesta

7. La vulva o genitales externos reciben el pene del hombre y sirve como canal del parto durante la expulsión del feto

Sí            No            No sabe/No contesta

8. La ovogénesis acontece en las trompas de Falopio de la mujer

Sí            No            No sabe/No contesta

9. El ciclo menstrual dura siempre 28 días

Sí            No            No sabe/No contesta

10. El clítoris está situado en el útero

Sí            No            No sabe/No contesta

Aparato reproductor masculino

11. Completa el siguiente esquema del aparato reproductor masculino usando las palabras del cuadro adjunto

12. El aparato reproductor del hombre es independiente del aparato urinario  
 Sí No No sabe/No contesta
13. Los espermatozoides se producen en los túbulos seminíferos de los testículos  
 Sí No No sabe/No contesta
14. El pene del hombre es el productor de las hormonas sexuales masculinas  
 Sí No No sabe/No contesta
15. La próstata es una glándula que contiene células que producen parte del líquido seminal que protege y nutre a los espermatozoides  
 Sí No No sabe/No contesta
16. La piel que recubre al glande del pene se denomina frenillo  
 Sí No No sabe/No contesta
17. La función de las bolsas escrotales o escroto consiste en asegurar la termorregulación adecuada para la producción espermática  
 Sí No No sabe/No contesta
18. La espermatogénesis (fabricación de gametos masculinos) tiene lugar en los testículos del hombre  
 Sí No No sabe/No contesta
19. El hombre que tiene un pene grande tiene mayor potencia sexual  
 Sí No No sabe/No contesta
20. El pene cuenta con numerosas cavidades que al llenarse de semen producen su erección  
 Sí No No sabe/No contesta
- Métodos anticonceptivos y prevención de embarazos no deseados
21. Un buen anticonceptivo es la píldora del día después  
 Sí No No sabe/No contesta
22. Con el preservativo se siente menos placer en las relaciones sexuales  
 Sí No No sabe/No contesta
23. Para evitar un embarazo se puede utilizar la “marcha atrás” o coitus interruptus  
 Sí No No sabe/No contesta
24. El preservativo o condón presenta dos versiones, una masculina y otra femenina  
 Sí No No sabe/No contesta
25. El diafragma se tiene que situar en el cuello del útero de la mujer  
 Sí No No sabe/No contesta
26. La píldora anticonceptiva puede ser tomada tanto por hombres como por mujeres  
 Sí No No sabe/No contesta
27. Los espermicidas son productos químicos que solamente estimulan o aumentan el placer, pero no tienen función alguna como método preventivo de embarazos  
 Sí No No sabe/No contesta

28. Una vez que se implanta un DIU en la mujer no hace falta renovarlo de por vida

Sí No No sabe/No contesta

29. No se recomienda usar la ligadura de trompas o la vasectomía como método preventivo de embarazos en jóvenes y parejas que deseen tener hijos en el futuro

Sí No No sabe/No contesta

30. Los métodos naturales (como el método de Ogino-Knaus) para prevenir un embarazo son más fiables que los que no lo son

Sí No No sabe/No contesta

Infecciones de Transmisión Sexual y su prevención

31. La gonorrea (producida por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*) es una enfermedad que se transmite a través de relaciones sexuales sin protección

Sí No No sabe/No contesta

32. La sífilis (enfermedad inducida por la espiroqueta *Troponema pallidum*) solamente se transmite si se mantiene sexo vaginal

Sí No No sabe/No contesta

33. La pediculosis púbica (comúnmente conocida como ladillas) es debida a un piojo parásito (*Phthirus pubis*) y entre su sintomatología destacan el intenso picor y el enrojecimiento de la piel de las zonas afectadas que produce

Sí No No sabe/No contesta

34. El papiloma humano no es una infección de transmisión sexual

Sí No No sabe/No contesta

35. El linfogranuloma venéreo (provocado por la bacteria *Chlamydia trachomatis*) es más común que lo padezcan los hombres que las mujeres

Sí No No sabe/No contesta

36. El SIDA es una enfermedad que puede ser transmitida por la saliva cuando un individuo sano besa intercambiando este fluido con otro individuo infectado

Sí No No sabe/No contesta

37. Una persona que tenga un herpes genital puede mantener relaciones sexuales, puesto que no es infecciosa y su único síntoma es una serie de ampollas

Sí No No sabe/No contesta

38. Entre las principales medidas de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual destaca la Educación para la Salud. ¿Consideras que a lo largo de tu proceso de aprendizaje has recibido una buena educación en este sentido?

Sí No No sabe/No contesta

39. ¿Consideras que las revisiones urológicas y ginecológicas en las que se establecen pruebas para diagnosticar las Infecciones de Transmisión Sexual únicamente deben hacérselas aquellas personas que mantengan relaciones sexuales sin protección?

Sí No No sabe/No contesta

40. Una adecuada higiene de los órganos reproductores externos es un hábito esencial para prevenir la aparición de determinadas afecciones
- |    |    |                     |
|----|----|---------------------|
| Sí | No | No sabe/No contesta |
|----|----|---------------------|

## **CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE CONOCIMIENTOS DE NUTRICIÓN**

### Verduras y hortalizas

1. Las patatas engordan independientemente de su forma de preparación
- |    |    |                     |
|----|----|---------------------|
| Sí | No | No sabe/No contesta |
|----|----|---------------------|
2. La ingesta de cebolla es buena para mejorar la circulación sanguínea
- |    |    |                     |
|----|----|---------------------|
| Sí | No | No sabe/No contesta |
|----|----|---------------------|

### Frutas

3. La fruta para que no engorde debe tomarse en ayuna o entre las comidas
- |    |    |                     |
|----|----|---------------------|
| Sí | No | No sabe/No contesta |
|----|----|---------------------|
4. La castaña es uno de los frutos secos que menos calorías posee
- |    |    |                     |
|----|----|---------------------|
| Sí | No | No sabe/No contesta |
|----|----|---------------------|

### Cereales

5. El pan engorda independientemente de la cantidad que se consuma
- |    |    |                     |
|----|----|---------------------|
| Sí | No | No sabe/No contesta |
|----|----|---------------------|
6. Todos los cereales contienen gluten, a excepción del maíz y del arroz
- |    |    |                     |
|----|----|---------------------|
| Sí | No | No sabe/No contesta |
|----|----|---------------------|

### Legumbres

7. Las lentejas, que son legumbres, tienen menor contenido en hierro que las almejas o las chirlas
- |    |    |                     |
|----|----|---------------------|
| Sí | No | No sabe/No contesta |
|----|----|---------------------|
8. Las legumbres son alimentos bajos en fibra
- |    |    |                     |
|----|----|---------------------|
| Sí | No | No sabe/No contesta |
|----|----|---------------------|

### Leche y derivados lácteos

9. La leche no es la principal fuente de calcio
- |    |    |                     |
|----|----|---------------------|
| Sí | No | No sabe/No contesta |
|----|----|---------------------|
10. El queso tipo Burgos no contiene grasa
- |    |    |                     |
|----|----|---------------------|
| Sí | No | No sabe/No contesta |
|----|----|---------------------|

### Carnes

11. La carne de cerdo es la más grasa
- |    |    |                     |
|----|----|---------------------|
| Sí | No | No sabe/No contesta |
|----|----|---------------------|
12. Las vísceras animales no son alimentos ricos en grasa
- |    |    |                     |
|----|----|---------------------|
| Sí | No | No sabe/No contesta |
|----|----|---------------------|

### Pescados y mariscos

13. La ingesta de pescado (azul o blanco) no modifican el nivel de colesterol
- |    |    |                     |
|----|----|---------------------|
| Sí | No | No sabe/No contesta |
|----|----|---------------------|
14. Los pescados y mariscos contienen colesterol
- |    |    |                     |
|----|----|---------------------|
| Sí | No | No sabe/No contesta |
|----|----|---------------------|

#### Huevos

15. La yema de huevo sirve de poco porque sólo contiene colesterol  
Sí No No sabe/No contesta
16. El huevo eleva menos los niveles de colesterol en sangre que los tocinos, la nata y los embutidos  
Sí No No sabe/No contesta

#### Aceites y grasas

17. Es preferible la margarina a la mantequilla  
Sí No No sabe/No contesta
18. El aceite crudo tiene menos calorías que frito  
Sí No No sabe/No contesta

#### Repostería

19. Las galletas integrales contienen, aproximadamente, las mismas calorías que las galletas normales  
Sí No No sabe/No contesta
20. No se debe consumir azúcar porque su ingesta produce caries  
Sí No No sabe/No contesta

#### Bebidas

21. El agua no engorda aunque se tome en las comidas  
Sí No No sabe/No contesta
22. El alcohol no engorda  
Sí No No sabe/No contesta

#### Vitaminas y minerales

23. La vitamina C previene la gripe  
Sí No No sabe/No contesta
24. El ácido fólico deben tomarlo tanto hombres como mujeres  
Sí No No sabe/No contesta