

PROJECTO “PENSAR SAUDÁVEL, VIVER SAUDÁVEL”: UMA (BOA) PRÁTICA DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE BASEADA NA FORMAÇÃO PELOS PARES

José Carlos Rodrigues Gomes^{1,2}

Lídia Maria da Silva Faria Cravo^{1,3}

Pedro João Soares Gaspar^{1,4}

INTRODUÇÃO

“Escuto e esqueço; vejo e recordo; faço e entendo”

(Tao Te King)

A escola é o lugar onde crianças e adolescentes podem ser facilmente alcançados durante vários anos, e onde as actividades em promoção da saúde podem ser facilmente integradas no trabalho quotidiano. Assim, para crianças e adolescentes em idade escolar, os estabelecimentos de ensino são importantes pontos de entrada para a promoção da saúde, pois estas estruturas são o principal suporte da separação, da individualização e da socialização. O processo de marginalização e exclusão social observado mais tarde na idade adulta começa, frequentemente, na infância e na adolescência, levando a comportamentos agressivos, delinquência, toxicodependência e, no caso das raparigas, à gravidez na adolescência. Por outro lado, tem sido demonstrado que muitas questões relacionadas com a escola têm uma influência sobre o posterior desenvolvimento da saúde no indivíduo. Existe uma quantidade crescente de evidência de que a promoção da saúde das crianças e dos adolescentes nas escolas melhora a capacidade de aprender, promove o sucesso académico, bem como a capacidade de se tornarem cidadãos responsáveis e membros produtivos de uma sociedade, desenvolvendo um *sentir* de cidadania (Lehtinen, 2008).

Neste contexto, a formação em enfermagem não pode, nem deve, menosprezar o desenvolvimento de competências numa base comunitária, centrando a sua intervenção nas necessidades específicas da pessoa, da família, do grupo e da comunidade. Neste grupo específico, onde se criam as bases para o futuro, esta intervenção torna-se ainda mais necessária rumo a uma comunidade saudável, produtiva, e que garanta o bem-estar dos seus membros. É com este sentir que a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei) tem desenvolvido, desde 2004, em colaboração com a Escola D. Dinis o Projecto *Pensar Saudável, Viver Saudável* que tem como principal objectivo, inculcar nos estudantes do 9º ano de escolaridade estilos de vida saudáveis.

1. CONSTRUIR SAÚDE

As tentativas de definir *saúde* têm sido dirigidas ao longo de dois raciocínios: a procura de uma definição clara e concisa e a descrição de vários *modelos* de saúde (Gomes, 2004). Nenhuma das linhas de pensamento teve, tem ou terá sucesso total. Em

¹Instituto Politécnico de Leiria

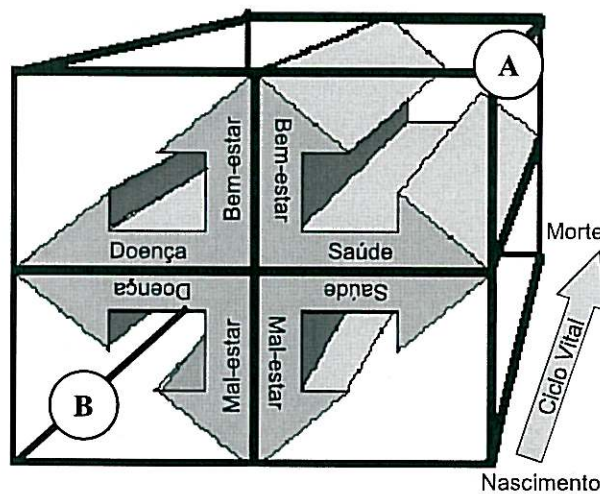
²jergomes@ipleiria.pt

³lidia.cravo@ipleiria.pt

⁴jpdro.gaspar@ipleiria.pt

primeiro lugar, a simples noção intuitiva que todos temos acerca da nossa (e dos outros) saúde provou não poder ser transposta numa breve, mas objectiva e adequada, definição. Em segundo lugar, os modelos - biomédicos, sociais e de serviços de saúde entre outros – têm sido falsamente apresentados como aspectos distintos da saúde, em *compartimentos herméticos*, com consequentes negligências na observação de como os vários compartimentos estão relacionadas. A procura de uma interpretação a esta questão deve ter como ponto de partida a definição de Saúde lançada em 1948 pela Organização Mundial da Saúde (OMS): "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de doença ou enfermidade" (WHO, 2001). Apesar de todos os avanços técnicos e científicos, a sociedade em geral (quer os indivíduos que a compõem, quer as decisões que são tomadas por esta no desenvolvimento das políticas), e (também) os profissionais de saúde, em particular, ainda olham frequentemente para um conceito dicotómico: Ou há doença, ou há saúde. Mas esta visão é demasiado redutora se quisermos respeitar a definição com mais de 6 décadas da OMS.

Figura 1: A visão tridimensional da saúde (Gomes, 2010)



A figura 1 representa a visão tridimensional do conceito de *saúde* (Gomes, 2010). A linha horizontal (*saúde/doença*) deve ser vista como um contínuo onde o nível de saúde de cada um de nós se vai posicionando minuto a minuto, hora a hora, dia a dia, semana a semana. Não há doença ou saúde no sentido rigoroso dos conceitos: há sim uma posição mais próxima da doença ou mais próxima da saúde que é dinâmica e permanentemente mutável. Mas, mesmo respeitando esta mutabilidade e este dinamismo do conceito, a visão continua refém de uma postura redutora. A saúde não é um conceito unidimensional: ou tem mais doença, ou tem mais saúde. É importante integrar igualmente uma outra dimensão representada pela linha vertical (*bem-estar/mal-estar*). Esta representa a outra dimensão central da definição da OMS: O bem-estar. Esta linha, também ela contínua, dinâmica e mutável, tem nos seus extremos o mal-estar e o bem-estar. Também aqui, da mesma forma que se fez para a linha *saúde/doença*, deve-se reconhecer que o nosso sentimento de bem-estar se move ao longo do nosso quotidiano, respondendo aos desafios que este coloca ao mesmo tempo que vai reagindo

á dinâmica que todos sofremos ao longo do ciclo vital. A saúde absoluta seria encontramos-nos na aresta superior direita da figura 1 (A) apresentando a melhor saúde possível associada ao melhor bem-estar possível. No oposto, a aresta inferior esquerda (B) representa o extremo da doença absoluta: a pior saúde possível associada ao maior mal-estar possível. Nesta linha vertical que une estes dois pólos temos de um lado temos o bem-estar supremo, a saúde absoluta (A), e do outro a ausência total de saúde e de bem-estar que, no limite, podemos encarar como o fim do ciclo vital - a morte. Acrescentando a estes dois eixos um terceiro (*ciclo vital*) fica realçada a importância de uma acção permanente de promoção da saúde na organização das nossas comunidades, desde o primeiro momento de existência de cada ser humano. O posicionamento relativo aos eixos da *saúde/doença* (horizontal) e do *bem-estar/mal-estar* (vertical) está em constante movimento ao longo de um eixo temporal (*Ciclo vital*). A saúde alicerça-se no período fetal, enraíza-se na infância, solidifica-se na adolescência e renova-se na idade adulta e na velhice. Esta visão tridimensional da saúde é incontornável para conseguirmos o desafio de mais saúde, para o maior número de pessoas ao mais baixo custo possível e o mais precocemente possível. A educação para a saúde em meio escolar joga aqui um importante papel e é um importante determinante do nível de saúde das populações adultas.

2. EDUCAR PARA A SAÚDE

A Educação para a Saúde tem como objecto os comportamentos e estilos de vida, e orienta-se rumo á prevenção primária (porque diminui os factores de risco e incrementa os factores de protecção), á prevenção secundária (porque detecta precocemente os problemas de saúde e altera comportamentos que permitam o tratamento das doenças), e á prevenção terciária (porque recupera a saúde e evita as recaídas) (Costa & López, 1998; Bennett & Murphy, 1999; Paul & Fonseca, 2001).

Enfatizando o conceito positivo de saúde atrás referenciado, Costa e López (1998) defendem que os objectivos da Educação para a Saúde se orientam no sentido de capacitar os indivíduos a: 1) definir os seus próprios problemas e necessidades; 2) compreender o que podem fazer acerca desses problemas com os seus próprios recursos e apoios internos; 3) e promover as acções mais apropriadas para fomentar uma vida saudável e o bem-estar da comunidade. Em Educação para a Saúde estão envolvidas, acima de tudo, alterações de atitudes e incremento de competências relacionais, onde se destaca a habilidade para levar a cabo iniciativas concretas e gerir situações, ou seja, o saber agir (Giordan, 2000).

Neste cenário, a educação para a saúde não surge nem actua no *vazio*. Pelo contrário, dirige-se a indivíduos e também a grupos, a comportamentos e estilos de vida, a factores de risco e de protecção impregnados de cultura, de experiências e de valores. As normas de conduta, as crenças e os valores que configuram a cultura e as subculturas de um grupo social ou de uma sociedade inteira, e também os seus mitos e estigmas, são uma parte essencial da sua identidade e uma parte essencial do contexto em que nascem os comportamentos e estilos de vida vinculados à saúde e à doença, e sobre os quais exercem uma influencia facilitadora ou dificultadora (Costa & López, 1998).

Em suma, o grande objectivo da Educação para a Saúde é melhorar a saúde dos indivíduos e das comunidades, dirigindo-se particularmente às práticas e comportamentos determinantes da saúde, visando debelar ou minimizar os que são prejudiciais, e promover os que são benéficos. O ambiente escolar é um dos *settings* de excelência para este desiderato.

3. A ESCOLA: AMBIENTE PROMOTOR DE SAÚDE

Os seres humanos são, por vezes, chamados de *animais sociais*, através da referência à importância crucial das relações sociais para o nosso desenvolvimento psicossocial e físico. A primeira fase de socialização no desenvolvimento da criança ocorre geralmente no seio da família nuclear. A segunda fase começa quando a criança inicia outros contactos fora da família, por exemplo, com *amigos de brincadeiras* e com outros adultos. A terceira fase de socialização inicia normalmente quando a criança começa a sua vida escolar. Esta fase significa novas oportunidades, mas também novos desafios, no que diz respeito à saúde (Lehtinen, 2008). A fase da escola é normalmente a mais importante etapa na qual a criança pratica uma participação na comunidade mais alargada.

Muitas informações e experiências sobre a promoção da saúde nas escolas foram realizadas pela "Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde". Uma das principais figuras do projecto, Katherine Weare (2000), introduziu o conceito de *whole school approach* no seu livro "Promoting Mental, Emotional and Social Health". O *whole school approach* é uma estratégia compreensiva para o uso do contexto *escola* para promover a saúde mental, emocional e social de todos os parceiros envolvidos: alunos, professores e pais. As características mais importantes do "*whole school approach*" são 1) a relação positiva entre docentes, não docentes e alunos, 2) a participação dos alunos, 3) o desenvolvimento e a formação do pessoal docente e não docente, 4) a participação activa dos pais, da comunidade local e dos principais agentes locais, 5) começar a abordagem precocemente com as crianças mais jovens e 6) ter um compromisso de longo prazo com o programa.

Além disso, foi concluído que os programas mais eficazes também utilizam uma abordagem ampla e genérica, em vez de uma abordagem baseada em tópicos, colocam o foco nas competências, atitudes e valores, em vez de colocar o foco em informações e factos, são sensíveis às necessidades dos alunos, especialmente os provenientes de diferentes etnias e grupos sociais, e são sensíveis à idade e ao nível de desenvolvimento dos alunos (Lehtinen, 2008). Os programas também funcionam melhor nas escolas com uma liderança forte e políticas disciplinares claras. Segundo Weare (2001) os principais princípios da *whole school approach* referem-se a:

1. **Relacionamento:** Boas relações de suporte na escola são condições prévias essenciais para a produção de elevados níveis de moral e desempenho nos alunos e professores. As boas relações são boas, só por si, mas mais importante ainda, elas promovem aprendizagem mais eficaz;

2. **Participação:** Tanto o pessoal como os alunos devem ter a oportunidade de participar nas situações que ocorrem na escola e que lhes dizem respeito. Encorajar e dar oportunidades aos alunos, especialmente em contexto da sala de aula, parece ser de especial importância. A participação também deve ser incrementada, naturalmente, para os pais mas, de preferência, para toda a comunidade envolvente;
3. **Autonomia:** Autonomia significa um adequado grau de liberdade e independência. É um conceito relativo e não absoluto, e os alunos respondem melhor quando o grau de liberdade é adequado à sua idade, ao seu estágio de desenvolvimento e à sua personalidade. Também ficou demonstrado ser importante que os professores tenham controlo sobre o seu próprio trabalho e tenham a possibilidade de tomarem as suas próprias decisões;
4. **Clareza:** Clareza significa que as pessoas identificam as estruturas e os limites, sabem o que se espera deles e o que eles podem esperar dos outros, compreendem o seu papel, e sabem quais as normas, valores e regras da organização.

A esta filosofia de intervenção pode igualmente integrar-se o princípio da educação pelos pares, estratégia major de educação para a saúde neste grupo etário (Gaspar, 2006).

4. A EDUCAÇÃO PELOS PARES: UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A educação por pares nas camadas jovens tem sido implementada em todo o mundo. As abordagens de ensino pelos pares oferecem vastas vantagens aos programas de intervenção, à população alvo e às comunidades, e a evidência empírica tem demonstrado que desde que bem planeados e bem implementados os programas obtêm sucesso na melhoria do conhecimento atitudes e competências dos jovens, em relação à sua saúde e à saúde daqueles que os rodeiam (os seus pares).

O *Y-Peer* (2005) aponta 12 passos para a organização de uma educação pelos pares que incluem:

1. **Mobilizar os intervenientes principais:** As partes interessadas mais relevantes para o processo (decisores políticos, sociedade civil, profissionais de saúde, professores, grupos de jovens) são informados e incentivados a se envolverem no processo de educação pelos pares.
2. **Assegurar a participação activa dos jovens:** Os jovens estão activamente envolvidos no processo de planeamento sendo as suas necessidades e preferências identificadas e usadas para definir o programa.
3. **Considerar questões transversais:** O género social, os factores socioculturais, a vulnerabilidade e a idade são considerados, e adequadamente incorporados, no programa.

4. **Refinar objectivos gerais e específicos do programa:** metas e objectivos de trabalho e um plano de operações são desenvolvidos e os necessários acertos são elaborados.
5. **Identificar o público-alvo:** O público-alvo (aqueles que podem beneficiar com o programa) é adequadamente identificado.
6. **Identificar as necessidades do público-alvo:** As necessidades do público-alvo são avaliadas através de inquéritos, *focus group* ou outros meios informais, com representação relevante do grupo incluído.
7. **Identificar os recursos disponíveis e tentar preencher as lacunas:** Os recursos necessários para garantir as actividades do programa (com base nas necessidades do programa) são identificados como disponíveis, obtidos, ou como lacunas existentes.
8. **Desenvolver um plano de trabalho:** Um plano de trabalho (objectivos, estratégias, actividades, parceiros, orçamento, e calendário) é desenvolvido. Este inclui planos de formação e comunicação, a aquisição ou desenvolvimento dos materiais e instrumentos necessários, o envolvimento da comunidade e um plano de garantia de qualidade.
9. **Desenvolver um plano de garantia de qualidade:** Indicadores quantitativos e qualitativos, instrumentos e sistemas de colheita de dados, calendários de desenvolvimento, são definidos e estabelecidos no início do programa.
10. **Estabelecer mecanismos de feedback:** O programa estabelece formas práticas para o público-alvo poder trocar opiniões sobre o programa e fazer sugestões para melhorias.
11. **Coordenar e estabelecer ligações com outros programas:** Uma ampla participação multissetorial com os principais interessados, parceiros, e outros programas é estabelecida através de uma programação conjunta, e de um planeamento coordenado.
12. **Desenvolver um plano de mobilização de recursos e sustentabilidade:** Um plano de financiamento adequado das actividades do programa que promova a institucionalização do programa, e a garantia que as actividades são sustentáveis a longo prazo.

Quadro 1: A educação pelos pares na população jovem: um exemplo de sucesso

Na Turquia, o Programa Nacional de Educação em Saúde reprodutiva e VIH / SIDA foi inteiramente concebido por estudantes de medicina com alguma assistência técnica da Sociedade de Prevenção da SIDA. Este programa foi o primeiro do seu género na Turquia projectado por jovens a nível nacional. Apesar deste alto nível intervenção por parte dos jovens ser uma excepção, esta demonstra que uma grande responsabilidade pode ser assumida por jovens se acumularem experiência e competências suficientes.

5. O PROJECTO *PENSAR SAUDÁVEL, VIVER SAUDÁVEL*

5.1. O REFERENCIAL

Tudo começou com uma ideia muito simples. Simples, como todas as coisas que fazem a diferença. Ajudar a *pensar saúde* para poder *viver saúde*. Utilizar os pares para servirem de suporte ao desenvolvimento de comportamentos saudáveis e fazê-lo num dos mais importantes contextos para a promoção da saúde: a *escola*.

A ESSLei e a Escola D. Dinis uniram esforços para responder a um dos desafios apresentado pela comunidade onde se inserem: construir saúde com os alunos do 9º ano. A acção foi lançada, de forma experimental, no ano lectivo 2004/2005. Considerando os resultados promissores, optou-se pela continuidade do projecto, promovendo a sua avaliação e reorganização. Neste ano lectivo de 2010/2011 prepara-se a 7ª edição do projecto.

O projecto *Pensar Saudável, Viver Saudável* responde ao esforço conjunto de dois estabelecimentos de ensino públicos (uma escola do ensino básico e uma escola de ensino superior) e fundamenta-se Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (no reforço das acções de promoção da saúde e prevenção da doença desenvolvidas em ambiente escolar, na Circular Normativa n.º 13/DSE, de 10/08/95 - Programa Tipo de Saúde Escolar-, no Despacho Conjunto n.º 734/2000, de 18 de Julho, subscrito pelos Ministros da Saúde e da Educação (que estabelece normas sobre o processo de alargamento da Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde), e nas directivas da OMS (World Health Organization - Health 21: Health for All in the 21st century) e da Comissão Europeia (Projecto *Monitoring Positive mental health* [Lavikainen; Fryers; Lehtinen, (2006).] e projecto *Monitoring Mental Health Environments* [Lehtinen, 2008] co-financiados pela Comissão Europeia e que identificam a escola como um ambiente incontornável de intervenção em promoção da saúde). Mais recentemente foi adequado á Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto e á Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril. O projecto *Pensar Saudável, Viver Saudável* pretende 1) promover estilos de vida saudáveis nos alunos do 9º ano de escolaridade, 2) contribuir para um trabalho de parceria com partilha de saberes e experiências numa lógica formativa e integrada, em contexto escolar; 3) criar espaços de reflexão entre os estudantes de enfermagem e do ensino básico para a tomada de consciência da importância de estilos de vida saudáveis; e 4) desenvolver nos alunos de enfermagem competências educativas e pedagógicas no âmbito da educação para a saúde.

Quadro 2: Os doze passos do *Pensar Saudável, Viver Saudável* (baseado em Y-PEER, 2005)

Passos (Y-PEER (2005))	Projecto <i>Pensar saudável, Viver Saudável</i>
Mobilizar os intervenientes principais	O responsável pela educação para saúde da escola de ensino básico, o corpo docente de ambas as instituições, os alunos do 4º ano da licenciatura em enfermagem e os alunos do 9º ano de escolaridade são activamente envolvidos no processo sob a supervisão das Direcções de ambas as escolas, e dos conselhos técnico-científico e pedagógico.

Assegurar a participação activa dos jovens	Os estudantes do 9º ano participam activamente na elaboração dos temas a abordar através de uma caixa de questões colocada previamente ao início do projecto na escola de ensino básico. Os alunos do 4º ano da licenciatura em enfermagem elaboram (sob supervisão dos docentes) os materiais a serem utilizados no projecto.
Considerar questões transversais	As especificidades sócio económicas e culturais são consideradas através da identificação de situações pelo director de turma e pelo responsável da educação para saúde da escola de ensino básico.
Refinar objectivos gerais e específicos do programa	Os objectivos são redireccionados sempre que necessário por proposta de docentes, estudantes do 9º ano, estudantes do 4º ano da Licenciatura em enfermagem, com o objectivo de responder às especificidades de cada grupo (cada grupo é coincidente com cada turma do 9º ano).
Identificar o público-alvo	O grupo de trabalho é a turma natural dos estudantes do 9º ano. Uma breve caracterização do grupo é feita antes da 1ª sessão com a colaboração do docente da turma (as sessões são realizadas no horário lectivo normal dos alunos do 9º ano) e da responsável pela educação para a saúde da escola. As questões (anónimas) de cada turma são consideradas no planeamento de cada sessão.
Identificar as necessidades do público-alvo	
Identificar os recursos disponíveis e tentar preencher as lacunas	Os recursos utilizados são cedidos por ambas as instituições ou elaborados pelos alunos do 9º ano ou pelos estudantes do 4º ano de licenciatura em enfermagem (espaços, material e equipamento audiovisual, cartazes, prémios para as olimpíadas da saúde, ...) com patrocínios pontuais da comunidade onde o projecto se insere.
Desenvolver um plano de trabalho	Anualmente o projecto é planeado com a colaboração das duas instituições envolvidas, definindo a agenda, a adequação das temáticas e os envolvidos no processo de educação pelos pares. As <i>Olimpíadas da Saúde</i> têm um regulamento próprio adequado a cada ano e apresentado previamente aos estudantes do 9º ano.
Desenvolver um plano garantia de qualidade	As <i>Olimpíadas da Saúde</i> constituem um dos pontos altos da avaliação do projecto com a participação da comunidade (autarquia, Direcção regional de saúde, ministério da educação, centros de saúde da área,...). Um questionário (Gaspar, 2006) é aplicado no início e no fim da intervenção. Dois estudos da efectividade do projecto foram realizados (Gaspar, 2006; Cravo, Gaspar, Dixe, Gomes & Teixeira, 2009).
Estabelecer mecanismos de feedback	É realizada uma avaliação pelos alunos do 9º ano no final de cada programa. As <i>Olimpíadas da Saúde</i> também proporcionam mecanismos de <i>feedback</i> informais. O desenvolvimento da plataforma Web irá permitir um franco desenvolvimento deste passo específico.

Coordenar e estabelecer ligações com outros programas	O projecto está integrado nas actividades curriculares e extracurriculares da Escola de ensino básico. Faz igualmente parte integrante do Ensino clínico de introdução á vida profissional – comunidade - dos estudantes do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem.
Desenvolver um plano de mobilização de recursos e sustentabilidade	A partir de Novembro de 2010, estará em funcionamento a página <i>web</i> “Pensar Saudável, Viver Saudável, que foi desenvolvida nos últimos dois anos do projecto.

5.2 DESCRIÇÃO DO PROJECTO E RESPECTIVAS FASES

No desenvolvimento e organização dos conteúdos dos vários temas estão envolvidos professores da ESSLei e alunos do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem. Cada área temática é desenvolvida em duas sessões lectivas de noventa minutos para cada uma das turmas, integradas no horário normal de actividade dos alunos do 9º ano.

Previamente à apresentação de cada um dos temas, é solicitado aos alunos do 9º ano a colocação de questões e dúvidas (mitos e estigmas, crenças e valores) sobre as temáticas a desenvolver, que servem de orientação na abordagem dos temas. As questões/dúvidas são formuladas por escrito de forma anónima e colocadas em caixa própria.

Cada temática é desenvolvida por um grupo de dois alunos do 4º ano de Enfermagem, sob a orientação de um professor da ESSLei. A utilização de métodos pedagógicos que suscitem o interesse e a motivação dos alunos, nomeadamente o recurso à imagem, dramatização, som e animação, associado ao rigor e pertinência dos conteúdos, norteiam o planeamento das actividades, efectuado pelos estudantes do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem da ESSLei, sob supervisão de um professor da ESSLei.

As actividades desenvolvidas em contexto de sala de aula culminam com uma actividade de cariz lúdico pedagógico e com carácter de avaliação, designada por *Olimpiadas da Saúde*, sob forma de concurso com representação das turmas do 9º ano envolvidas nas acções formativas. Aqui, os alunos do 9º ano e alguns dos seus professores são elementos activos no processo de planeamento e execução dessa actividade.

Quadro 3: Organização das acções no projecto *Pensar saudável, Viver Saudável*

Fases		Fase I		Fase II
Temática	Tema 1: Alimentação e saúde	Tema 2: Promoção de comportamentos saudáveis	Tema 3: Saúde sexual e reprodutiva	Olimpiadas da saúde
Duração	180 minutos (2 sessões de 90 minutos cada)	180 minutos (2 sessões de 90 minutos cada)	180 minutos (2 sessões de 90 minutos cada)	120 minutos (uma sessão)

Local	Sala de aula na escola D. Dinis	Sala de aula na escola D. Dinis	Sala de aula na escola D. Dinis	Anfiteatro da ESSLei
Tipo de acção	Sessão lectiva (integrada no curriculum)	Sessão lectiva (integrada no curriculum)	Sessão lectiva (integrada no curriculum)	Concurso: equipas representantes de cada grupo (turma) concorrem entre si para o grupo "mais saudável", respondendo a dezenas de questões sobre as temáticas abordadas no respeito por um regulamento previamente apresentado e discutido.
Participantes	Turma do 9º ano e Finalistas do curso de licenciatura em enfermagem	Turma do 9º ano e Finalistas do curso de licenciatura em enfermagem	Turma do 9º ano e Finalistas do curso de licenciatura em enfermagem	Todas as turmas do 9º ano (grupos de trabalho) participantes no projecto e Finalistas do curso de licenciatura em enfermagem
Supervisão	Docente da Escola D. Dinis e docente da ESSLei	Docente da Escola D. Dinis e docente da ESSLei	Docente da Escola D. Dinis e docente da ESSLei	Docentes da Escola D. Dinis e docentes da ESSLei, Responsável pela educação para a saúde da escola D. Dinis, Conselho Técnico Científico Conselho pedagógico
Abertura da acção ao exterior do grupo de pares	Fechado ao grupo (turma)	Fechado ao grupo (turma)	Fechado ao grupo (turma)	Aberto á comunidade

6. AVALIAÇÃO DO PROJECTO

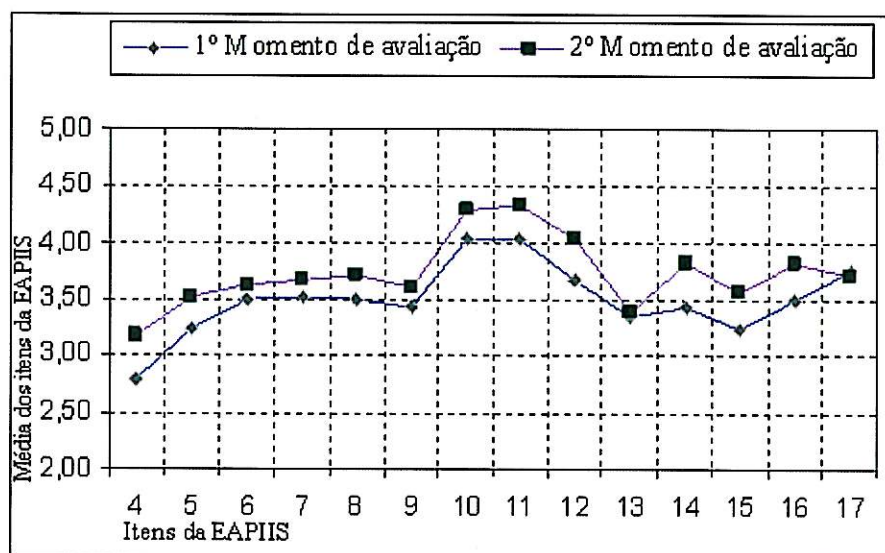
Na impossibilidade de aqui apresentar todos os resultados que foram sendo colhidos, seleccionámos algumas das principais conclusões dos dois estudos de efectividade que foram até ao momento elaborados.

No seu estudo da efectividade do projecto *Pensar saudável, Viver Saudável*, Gaspar (2006) verificou que, na globalidade, os estudantes auto-percepcionam de forma positiva o impacto da informação. As raparigas, em média, apresentam uma auto-percepção do impacto da informação de saúde mais positiva do que os rapazes, no 1º momento de avaliação, mas no 2º momento de avaliação as diferenças deixaram de ser estatisticamente significativas. Entre o 1º e o 2º momento de avaliação a auto-percepção do impacto da informação de saúde (EAPIIS) tornou-se globalmente mais positiva, com diferença estatisticamente significativa. Os itens que se revelaram mais sensíveis à mudança foram os relacionados com o *aumento da curiosidade acerca da informação de saúde*, com o *aspecto prático da informação de saúde*, com a *compreensão da informação*, com a *reflexão e incentivo para manter práticas e comportamentos*

saudáveis, e com o incremento de maiores índices de responsabilidade acerca da sua própria saúde. Estes resultados indiciam que nos estudantes adolescentes a auto-percepção do impacto da informação de saúde se torna mais positivo com a participação em ações de Educação para a Saúde em contexto escolar.

Na figura 2 podemos contactar que, em média, a Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde aumentou, em termos de positividade, entre o 1º e 2º momento de avaliação. A diferença, para o total da escala, é estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Figura 2 - Médias observadas nos itens da EAPIIS, no 1º e 2º momento de avaliação.



Mais recentemente num estudo realizado por Cravo, Gaspar, Dixe, Gomes & Teixeira (2009), o projecto Pensar Saudável, Viver Saudável voltou a provar a sua efectividade. Observou-se que, em relação aos hábitos alimentares, rapazes (quadro 4) e raparigas (quadro 5) apresentavam melhorias estatisticamente significativas em relação a vários itens questionados após os 6 meses de intervenção na sua escola.

Quadro 4 - Média das diferenças entre o 1º e 2º momento de avaliação e desvios padrões observadas, e resultados do teste *t* para amostras emparelhadas (RAPAZES).

	Práticas e comportamentos auto-relatados	Média das diferenças entre o 1º e 2º momento de avaliação	DP	<i>t</i>	<i>P</i>
13	Tomo uma refeição ligeira entre o Pequeno Almoço e o Almoço	-0,209	1,001	-2,637	0,009*
25	Faço dietas para emagrecer	-3,396	1,389	-29,839	0,000*
30	Leio os rótulos das embalagens dos alimentos	-0,204	1,143	-2,255	0,025*
40	Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)	-0,183	0,807	-2,877	0,005*
58	Durmo a sesta após o almoço	-0,123	0,678	-2,301	0,023*

Quadro 5 - Média das diferenças entre o 1º e 2º momento de avaliação e desvios padrões observadas, e resultados do teste *t* para amostras emparelhadas (RAPARIGAS).

Práticas e comportamentos auto-relatados		Média das diferenças entre o 1º e 2º momento de avaliação	DP	<i>t</i>	<i>P</i>
16	Quando não estou a dormir, passo 3 ou mais horas sem comer	-0,314	1,089	-3,881	0,000*
18	Como gorduras alimentares (azeite, óleo vegetal, natas, manteiga...)	-0,180	0,904	-2,675	0,008*
21	Adoço as bebidas (café, leite, chá ...)	-0,314	1,202	-3,516	0,001*
25	Faço dietas para emagrecer	-2,701	1,956	-18,372	0,000*
40	Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)	-0,159	0,912	-2,345	0,020*

CONCLUSÃO

A análise dos resultados do projecto *Pensar Saudável, Viver Saudável* revelou que 1) a auto-percepção do impacto da informação de saúde se torna mais positiva com a participação em no projecto, 2) os Pais e os Pares são as fontes de informação de saúde mais reconhecidas, 3) o reconhecimento da Escola como fonte de informação de saúde aumenta com o desenvolvimento de programas de Educação para a Saúde em contexto escolar; e 4) as práticas e comportamentos alimentares auto-relatados pelos estudantes adolescentes tornam-se mais saudáveis com o desenvolvimento de programas de Educação para a Saúde relacionadas com a Alimentação Saudável, em contexto escolar.

Os resultados globais são abonatórios do reconhecimento da efectividade do projecto *Pensar Saudável, Viver Saudável* no aumento do reconhecimento da Escola como fonte de informação de saúde, na melhoria do impacto auto-percebido da informação de saúde, e no desenvolvimento de práticas e comportamentos mais saudáveis. O *Pensar saudável, Viver Saudável* mostra-se assim como um instrumento útil na construção de mais saúde nos adolescentes do 9º ano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bennett, P. & Murphy, S.(1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi.
2. Costa, M. & López, E. (1998). *Educación para la salud. Una estratégia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
3. Cravo, LF; Gaspar, PJS; Dixe, MA; Gomes, JC e Teixeira & MJ (2009) Efectividade da Educação para a Saúde nas práticas e comportamentos dos adolescentes. Resumo em Conference proceedings of the II Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa Referencia II Série - n.º 5 -Suplemento 2009 , pp134; ISSN: 08740283
4. Gaspar, P. (2006). Efectividade da Educação para a Saúde no comportamento alimentar dos adolescentes e jovens estudantes. Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria (Não publicado).



5. Giordan, A. (2000). Health Education, Recent and Future Trends. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 95, 53-58
6. Gomes, J.C (2004). Desemprego, depressão e sentido de coerência: uma visão do desemprego sob o prisma da saúde pública. Dissertação de mestrado. Escola nacional de saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. (Não publicado).
7. Gomes, J.C (2010). Saúde mental no ciclo vital. Livro de actas do II Congresso Internacional da SPESM (aguarda publicação).
8. Lethinen, V. (Coord.) (2008). Building up good mental health. Integrado no MMHE Project, co-financiado pela União Europeia. Finland: STAKES. ISBN: 978-951-33-2248-9.
9. Paul, C. & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
10. Weare K. (2000). Promoting mental, emotional and social health. A whole school approach. London and New York: Routledge.
11. World Health Organization (2001). Mental health: New understanding, new hope. The World Health Report. Geneva: World Health Organization.
12. Y-PEER (Youth Peer Education Network) (2005). Standards for Peer Education Programmes. Y-PEER: United Nations Population Fund. ISBN No. 0-89714-767-7