

# **INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA**

---

Escola Superior de Saúde de Leiria

*Pedro João Soares Gaspar*

**Efectividade da Educação para a  
Saúde no comportamento alimentar  
dos adolescentes e jovens  
estudantes**

**Leiria, 2006**

# **INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA**

Escola Superior de Saúde de Leiria

*Pedro João Soares Gaspar*

## **Efectividade da Educação para a Saúde no comportamento alimentar dos adolescentes e jovens estudantes**

Trabalho apresentado no âmbito do concurso de provas públicas para o recrutamento de dois professores-adjuntos, área científica de Ciências de Enfermagem, da carreira de pessoal docente do ensino superior politécnico, para vagas existentes no quadro de pessoal da Escola Superior de Saúde de Leiria, do Instituto Politécnico de Leiria, aprovado por Portaria n.º 876/99, de 9 de Setembro.

**Leiria, 2006**

**agradecimentos**

A todos os alunos da Escola Superior de Saúde de Leiria e Escola EB2,3 D. Dinis de Leiria que participaram neste estudo.

Aos colegas da Escola Superior de Saúde de Leiria e Escola EB2,3 D. Dinis de Leiria que integraram o grupo de trabalho e implementaram o Programa de Educação para a Saúde.

A todos os colegas, pelo apoio e incentivo.

Reservo os agradecimentos finais para a minha família e amigos que compreenderam e aceitaram as ausências sem nunca deixarem de me apoiar.

**palavras-chave**

Efectividade, educação para a saúde, impacto auto-percebido, práticas e comportamentos alimentares, adolescentes e jovens

**resumo**

Capacitar os indivíduos para identificarem os seus problemas e necessidades, utilizarem adequadamente os seus recursos, e promoverem uma vida saudável, implica esforços conjuntos dos vários agentes da promoção da saúde. A forma como os jovens acedem à informação de saúde, e o impacto que esta tem nas suas práticas e comportamentos constitui uma questão de interesse fulcral neste grupo, onde não se verificou diminuição na mortalidade e morbilidade nos últimos anos.

O objectivo deste estudo quantitativo, longitudinal, pré-experimental, foi averiguar a efectividade da educação para a Saúde em contexto escolar no reconhecimento das fontes de informação de saúde, no impacto auto-percebido da informação de saúde e nas práticas e comportamentos alimentares em 117 adolescentes e jovens de ambos os sexos, do 3º Ciclo do Ensino Básico, 9º ano, que em dois momentos distintos (antes-após) responderam a um questionário construído para o efeito.

A análise dos resultados revelou que: a) a auto-percepção do impacto da informação de saúde torna-se mais positivo com a participação em acções de Educação para a Saúde em contexto escolar; b) os Pais e os Pares são as fontes de informação de saúde mais reconhecidas; c) o reconhecimento da Escola como fonte de informação de saúde aumenta com o desenvolvimento de programas de Educação para a Saúde em contexto escolar; d) as práticas e comportamentos alimentares auto-relatados pelos estudantes adolescentes tornam-se mais salutogénicas com o desenvolvimento de programas de Educação para a Saúde relacionadas com a Alimentação Saudável, em contexto escolar; e) quanto mais positiva é a auto-percepção do impacto da informação de saúde, mais salutogénicas são as práticas e comportamentos alimentares dos estudantes.

Os resultados globais são abonatórios do reconhecimento da efectividade do desenvolvimento de programas de Educação para a Saúde em contexto escolar 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 alimentares mais salutogénicos.

# ÍNDICE

Lista de figuras e quadros .....	vi
Introdução .....	viii

## I Parte - REVISÃO DA LITERATURA

<b>Capítulo I</b>	
<b>A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE .....</b>	<b>12</b>
1. A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE.....	12
2. A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	15
3. OS OBJECTIVOS DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	20
4. AS PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS COMO DETERMINANTES DE SAÚDE.....	21
4.1. Os comportamentos de saúde.....	24
5. A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA MUDAR PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS .....	25
6. AS FONTES E OS CENÁRIOS DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	26
6.1. A Escola como cenário privilegiado da Educação para a Saúde.....	26
6.2. As Escolas Promotoras de Saúde (EPS) .....	29
6.3. A Rede Nacional das Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS) .....	30
6.4. A Família.....	31
6.5. Os Meios de Comunicação de massas.....	32
6.6. Os Serviços de Saúde.....	34
6.7. Outras Fontes e Cenários de Educação para a Saúde.....	34
7. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E CIDADANIA.....	35
8. A AVALIAÇÃO DA EFECTIVIDADE DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE .....	39

<b>Capítulo II</b>	
<b>A SAÚDE DOS ADOLESCENTES E JOVENS.....</b>	<b>42</b>
1. A ADOLESCÊNCIA E A JUVENTUDE.....	42
2. AS PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS DOS ADOLESCENTES E JOVENS.....	45
2.1. A alimentação.....	46

## II Parte - CONTRIBUIÇÃO EMPIRICA

<b>Capítulo III</b>	
<b>METODOLOGIA GERAL.....</b>	<b>52</b>
1. OBJECTIVOS, QUESTÕES E HIPÓTESES.....	52
2. CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA .....	53
3. CONTEXTO E PROCEDIMENTOS DE COLECÇÃO DOS DADOS.....	53
4. VARIÁVEIS.....	55
4.1. Variáveis sócio-demográficas.....	55

4.2.	Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde.....	55
4.3.	Reconhecimento de Fontes de Informação de Saúde.....	55
4.4.	Práticas e Comportamentos Alimentares .....	56
<b>5.</b>	<b>CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DAS ESCALAS.....</b>	<b>56</b>
5.1.	Características psicométricas da EAPIIS. ....	57
5.2.	Características psicométricas da ERFIS. ....	59
5.3.	Características psicométricas da PCALIM.....	61
<b>6.</b>	<b>ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>63</b>
6.1.	Análise estatística dos resultados.....	63
<b>Capítulo IV</b>		
<b>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>		
<b>1.</b>	<b>CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA.....</b>	<b>64</b>
1.1.	Sexo e Idade .....	64
<b>2.</b>	<b>A AUTO-PERCEPÇÃO DO IMPACTO DA INFORMAÇÃO DE SAÚDE.....</b>	<b>65</b>
2.1.	A Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde em função do sexo.....	66
2.2.	A Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde em função do escalão etário.....	68
2.3.	A Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde em função do programa de Educação para a Saúde em contexto escolar .....	69
<b>3.</b>	<b>O RECONHECIMENTO DAS FONTES DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE.....</b>	<b>71</b>
3.1.	O reconhecimento das fontes de Informação de Saúde em função do sexo.....	73
3.2.	O reconhecimento das fontes de Informação de Saúde em função do escalão etário.	75
3.3.	O reconhecimento das fontes de Informação de Saúde em função do programa de Educação para a Saúde em contexto escolar .....	77
<b>4.</b>	<b>AS PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS DETERMINANTES DE SAÚDE.....</b>	<b>79</b>
4.1.	As Práticas e Comportamentos Alimentares, em função do sexo.....	81
4.2.	As Práticas e Comportamentos Alimentares, em função do programa de Educação para a Saúde em contexto escolar .....	82
4.3.	As Práticas e Comportamentos Alimentares, em função do programa de Educação para a Saúde em contexto escolar .....	84
<b>5.</b>	<b>A RELAÇÃO ENTRE A INFORMAÇÃO DE SAÚDE E AS PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS ALIMENTARES.....</b>	<b>86</b>
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÃO GERAL .....</b>	<b>88</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>		<b>93</b>
<b>Webgrafia.....</b>		<b>101</b>
<b>Apêndices.....</b>		<b>103</b>

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

<b>Figura 1 -</b>	Médias observadas nos itens da EAPIIS, no 1º e 2º momento de avaliação.....	69
<b>Figura 2 -</b>	Médias observadas nos itens da ERFIS, no 1º e 2º momento de avaliação.....	78
<b>Figura 3 -</b>	Médias observadas nos itens da PCALIM, no 1º e 2º momento de avaliação.....	84
<b>Quadro 1 -</b>	Distribuição da amostra por sexos.....	53
<b>Quadro 2 -</b>	Média, desvios padrões, mínimos e máximos da idade, em função do sexo e para a globalidade da amostra.....	53
<b>Quadro 3 -</b>	Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da EAPIIS no 1º momento de avaliação.....	57
<b>Quadro 4 -</b>	Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da EAPIIS no 2º momento de avaliação.....	58
<b>Quadro 5 -</b>	Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da ERFIS no 1º momento de avaliação.....	59
<b>Quadro 6 -</b>	Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da ERFIS no 2º momento de avaliação.....	60
<b>Quadro 7 -</b>	Média, desvio padrão e limites, por item, assim como as correlações e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da PCALIM no 1º momento de avaliação.....	61
<b>Quadro 8 -</b>	Média, desvio padrão e limites, por item, assim como as correlações e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da PCALIM no 2º momento de avaliação.....	62
<b>Quadro 9 -</b>	Distribuição da amostra por escalão etário, nível de ensino e local de residência, em função do sexo.....	64
<b>Quadro 10 -</b>	Limites, médias e desvios padrões dos itens e do total da EAPIIS (1º momento de avaliação).....	65
<b>Quadro 11 -</b>	Limites, médias e desvios padrões dos itens e do total da EAPIIS (2º momento de avaliação).....	66
<b>Quadro 12 -</b>	Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da EAPIIS, em função do sexo, e resultados do teste <i>t-Student</i> (1º momento de avaliação).....	67
<b>Quadro 13 -</b>	Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da EAPIIS, em função do sexo, e resultados do teste <i>t-Student</i> (2º momento de avaliação).....	67
<b>Quadro 14 -</b>	Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da EAPIIS, em função do escalão etário, e resultados do teste <i>t-Student</i> (1º momento de avaliação).....	68
<b>Quadro 15 -</b>	Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da EAPIIS, em função do escalão etário, e resultados do teste <i>t-Student</i> (2º momento de avaliação).....	68
<b>Quadro 16 -</b>	Média das diferenças entre o 1º e 2º momento de avaliação e desvios padrões observadas nos itens e no total da EAPIIS, e resultados do teste <i>t</i> para <i>amostras emparelhadas</i> .....	69
<b>Quadro 17 -</b>	Limites, médias e desvios padrões dos itens e do total da ERFIS (1º momento de avaliação)	71
<b>Quadro 18 -</b>	Limites, médias e desvios padrões dos itens e do total da ERFIS (2º momento de avaliação)	72

<b>Quadro 19</b> - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da ERFIS, em função do sexo, e resultados do teste <i>t-Student</i> (1º momento de avaliação).....	73
<b>Quadro 20</b> - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da ERFIS, em função do sexo, e resultados do teste <i>t-Student</i> (2º momento de avaliação).....	74
<b>Quadro 21</b> - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da ERFIS, em função do escalão etário, e resultados do teste <i>t-Student</i> (1º momento de avaliação).....	75
<b>Quadro 22</b> - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da ERFIS, em função do escalão etário, e resultados do teste <i>t-Student</i> (2º momento de avaliação).....	76
<b>Quadro 23</b> - Média das diferenças entre o 1º e 2º momento de avaliação e desvios padrões observadas nos itens e no total da ERFIS, e resultados do teste <i>t</i> para <i>amostras emparelhadas</i> .....	77
<b>Quadro 24</b> - Limites, médias e desvios padrões dos itens e do total da PCALIM, no 1º momento de avaliação.....	79
<b>Quadro 25</b> - Limites, médias e desvios padrões dos itens e do total da PCALIM, no 2º momento de avaliação.....	80
<b>Quadro 26</b> - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALIM, em função do sexo, e resultados do teste <i>t-Student</i> (1º momento de avaliação).....	81
<b>Quadro 27</b> - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALIM, em função do sexo, e resultados do teste <i>t-Student</i> (2º momento de avaliação).....	82
<b>Quadro 28</b> - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALIM, em função do escalão etário, e resultados do teste <i>t-Student</i> (1º momento de avaliação).....	83
<b>Quadro 29</b> - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALIM, em função do escalão etário, e resultados do teste <i>t-Student</i> (2º momento de avaliação).....	83
<b>Quadro 30</b> - Média das diferenças entre o 1º e 2º momento de avaliação e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALIM, e resultados do teste <i>t</i> para <i>amostras emparelhadas</i> .....	84
<b>Quadro 31</b> - Matriz de correlações de <i>Pearson</i> entre os totais da EAPIIS, ERFIS e PCALIM, no 1º momento de avaliação.....	86
<b>Quadro 32</b> - Matriz de correlações de <i>Pearson</i> entre os totais da EAPIIS, ERFIS e PCALIM, no 2º momento de avaliação.....	86

## INTRODUÇÃO

As questões relacionadas com a responsabilidade dos técnicos de saúde em geral, e dos enfermeiros em particular, na promoção da saúde dos indivíduos, grupos e comunidades fazem parte das nossas preocupações diárias. Vislumbra-se nos níveis de ileteracia em saúde da população em geral, na frequentemente desadequada (porque demasiado técnica e complexa) informação veiculada às acções de educação para a saúde, e na falta de continuidade e no carácter isolado dessas intervenções, importantes obstáculos para uma maior efectividade das acções de educação para a saúde, que de forma mais comum são implementadas quer a nível das escolas, quer a nível comunitário em geral.

O facto de integrarmos grupos de trabalho com responsabilidades de planeamento, organização, implementação e avaliação de actividades relacionadas com a promoção de estilos de vida saudáveis na população estudantil de algumas escolas do ensino básico e secundário do concelho de Leiria, aumentou a nossa curiosidade acerca da forma como tornar mais efectivas estas actividades no desígnio da Promoção da Saúde.

Surge assim o nosso interesse pelo estudo da relação entre os programas de Educação para a Saúde em contexto escolar e o reconhecimento das fontes de informação de saúde por parte dos estudantes, da auto-percepção que têm do impacto dessa informação, e da forma como estas se correlacionam com as suas práticas e comportamentos determinantes de saúde, no caso concreto com as práticas e comportamentos alimentares.

Actualmente o conceito de saúde implica a capacitação dos indivíduos para que possam desenvolver-se e influenciar positivamente o meio que os envolve, tomando decisões saudáveis e adaptando-se continuamente às exigências do meio (WHO, 1986b; Nutebean, 1997 e 1998)

A Promoção da Saúde, e a Educação para a Saúde como estratégia da promoção da saúde, estão estreitamente ligadas a este novo conceito.

A maior parte das definições de Educação para a Saúde enfatizam o facto de se tratarem de processos e experiências educacionais com a finalidade de influenciar positivamente a saúde, diminuindo os factores de risco e incrementando os factores de protecção, detectando precocemente os problemas de saúde e alterando condutas que permitam o tratamento das doenças, recuperando a saúde e evitando as recaídas (Costa & López, 1998; Bennett & Murphy, 1999; Paul & Fonseca, 2001).

Capacitar os indivíduos para identificarem os seus problemas e necessidades, utilizarem adequadamente os seus recursos e promoverem uma vida saudável, implica esforços conjuntos dos vários agentes da promoção da saúde. Já em 1989, na Resolução n.º 89/C3/01 do Conselho de Ministros da CEE, se salienta que a Educação para a Saúde é um processo educacional compreensivo cuja responsabilidade deve ser participada pelas comunidades, pelas instituições e pelos grupos sociais (Official Journal, 1989).

De facto, a Educação para a Saúde requer aproximações interdisciplinares relacionando a educação ambiental e educação para a cidadania (Giordan, 2000), pois conhecendo melhor as suas próprias condições de saúde (incluindo as causas e consequências), os indivíduos poderão actuar como agentes do seu próprio desenvolvimento, e não apenas como receptores passivos de ajuda (Bizzo, 2002).

Os adolescentes e jovens têm merecido actualmente particular atenção devido ao facto de este ser um grupo etário onde nas últimas décadas não se têm verificado melhorias nas taxas de mortalidade e morbidade (Raphael, 1996; Lee & Tsang, 2004), de integrarem nos seus estilos de vida muitas práticas e comportamentos responsáveis pela maioria das actuais doenças crónicas e diminuição da qualidade de vida (European Commission, 2003; Ministério da Saúde, 2004b; Currie & Roberts, 2004), e de serem um grupo em que uma saúde pobre pode ter a longo prazo efeitos muito negativos (WHO, 2001; Gabhainn, 2004; Torsheim *et al*, 2004; Vaz *et al*, 2005; Pereira *et al*, 2005).

Conhecer melhor a forma como a Educação para a Saúde em contexto escolar influencia o reconhecimento das fontes de informação de saúde por parte dos adolescentes, a auto-percepção do impacto dessa informação, e as suas práticas e comportamentos alimentares, parece-nos importante para tornar mais efectivos os esforços na promoção da saúde. Para tal procurámos, utilizando metodologia quantitativa, obter informações que nos permitissem este melhor conhecimento.

Nos capítulos que constituem a revisão da literatura deste trabalho abordámos os aspectos ligados aos conceitos de saúde, de educação e promoção da saúde, suas fontes, cenários e importância para o exercício da cidadania, e também a contextualização da adolescência e juventude nas práticas e comportamentos alimentares.

Deste modo, no Capítulo I abordamos os conceitos de Saúde e de Educação para a Saúde com estratégia da Promoção da Saúde, referindo o seu contributo na alteração de práticas e comportamentos. São abordadas igualmente as fontes e cenários da educação para a saúde, com enfoque especial na Escola, Família, Meios de comunicação de massas, Serviços Sociais e de Saúde, os Pares e a Comunidade em sentido lato. No final deste capítulo é dada uma perspectiva da importância da Educação para a Saúde no exercício da cidadania, abordando aspectos como a literacia científica em geral e literacia em saúde em particular, bem como da importância da inclusão, neste contexto, de uma perspectiva Ciência, Tecnologia e Sociedade. É igualmente abordada a questão da avaliação da efectividade da Educação para a Saúde, e são salientadas as principais dificuldades deste processo.

No Capítulo II são abordados os aspectos mais relevantes da saúde dos adolescentes e jovens, com enfoque especial nas suas práticas e comportamentos alimentares.

Os objectivos, as questões, as hipóteses e a metodologia empregue no nosso trabalho empírico são apresentadas no Capítulo III. Como foram recolhidos dados quantitativos e se procedeu à aplicação de escalas, são apresentados os procedimentos efectuados e as características psicométricas dos instrumentos.

Procedemos à apresentação dos resultados e sua discussão no Capítulo IV. São primeiro apresentados e discutidos os resultados do estudo das características sócio-demográficas da amostra, ao que se segue a apresentação e discussão dos resultados do estudo do impacto auto-percebido da informação de saúde, das fontes de informação reconhecidas, das práticas e comportamentos alimentares, e por fim das correlações entre o impacto auto-percebido da informação, as fontes reconhecidas e as práticas e comportamentos alimentares. A avaliação geral das conclusões do estudo, os limites dessas conclusões e as implicações para as práticas de Educação para a Saúde e investigações futuras são apresentadas no ponto seis deste capítulo, a Conclusão Geral.

## **I Parte - REVISÃO DA LITERATURA**

# CAPÍTULO I

## A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Ao longo dos anos o conceito de Saúde tem evoluído, e actualmente enfatiza a capacitação dos indivíduos para que possam desenvolver-se e influenciar positivamente o meio que os envolve, tomando decisões saudáveis e adaptando-se continuamente às exigências do meio. Estreitamente vinculadas a esta evolução do conceito de saúde estão a Promoção da Saúde e a Educação para a Saúde.

Neste capítulo abordaremos a evolução destes conceitos, com enfoque especial na Educação para a Saúde como estratégia para mudar práticas e comportamentos determinantes da Saúde.

### 1. A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1948) ao definir saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, apresentou uma visão multidimensional afastada do tradicional ênfase médico dado à saúde física. Contudo esta histórica definição sofreu contestações, sobretudo alicerçadas quer no carácter irreal e idealista do sentimento de “*completo bem-estar*”, quer na visão estática que o conceito “*estado de*” confere à saúde, num contexto em que vida e viver são processos sobretudo dinâmicos (Ewles & Simnett, 2003)

È notório que, como referem vários autores, entre eles Pais Ribeiro (1998, 2000) e Matos (2004), na década de 70 do século XX ocorreu um período de maior centralização na Saúde conhecido como a Segunda Revolução da Saúde, que emergiu sobretudo da evidência de que as principais causas de mortalidade e morbidade estavam associadas ao comportamento humano. Desde então o termo “saúde” passou a abranger não só as doenças mas sobretudo a intervenção que se faz com as pessoas que estão saudáveis, de forma a reduzir a probabilidade de estas virem a adoecer.

Apesar da omnipresença do paradigma patogénico, como estruturante do desenvolvimento das ciências que têm como objecto a saúde, ter sido tão marcante até ao final da década de sessenta do século passado que a própria evolução do conceito saúde foi posta em causa pela sua limitação a uma vaga *ausência de doença* e a um impossível *completo bem-estar*, a evidência acumulada pela investigação nas várias áreas relacionadas com a saúde impôs a necessidade de se encontrar uma outra estrutura teórica que permitisse completar a compreensão

do binómio saúde e cidadão. É assim que emerge um novo paradigma no campo da saúde, o paradigma da salutogénese (do latim: *salus* = *saúde*; e do grego: *genesis*= *origens*) que acentua as origens da saúde e do bem-estar, e que passa a constituir uma outra proposta fundamental na abordagem da saúde, focada na descoberta não da doença, mas sim dos factores que mantêm o cidadão com a melhor saúde (OPSS, 2003a).

Com a definição de saúde lançada em 1986 pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1986a), o conceito foi expandido e tornou-se mais objectivo, passando a definir-se como a extensão em que um individuo ou grupo é, por um lado capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, e por outro lado capaz de modificar ou lidar com o meio que o envolve. A saúde passa a ser vista como um recurso para a vida de todos os dias, e uma dimensão da qualidade de vida. Nutbean (1997) acrescenta que este recurso, a saúde, é avaliado como uma vantagem pessoal e social, e Giordan (2000) salienta o facto de esta definição ter a vantagem de incluir dimensões psico-sociais, e não apenas biológicas, e personificar uma visão utópica que deve ser posta em perspectiva e considerada uma directriz, uma bússola que aponta o caminho. Actualmente torna-se necessário integrar também as dimensões ambientais, pois o número crescente de cancros e outras doenças faz suspeitar de muitos parâmetros ambientais. Citando Frasquilho (1998):

Resumindo a evolução paradigmática no domínio da saúde, passou-se da polarização clássica entre a procura de causas orgânicas para as patologias e identificação das mesmas no meio ambiente para uma visão mais multifactorial e probabilística, denominada «salutogénese» (p.13).

Ewles e Simnett (2003) são da opinião que é fundamental considerar que a saúde implica a capacidade de adaptação contínua às alterações constantes das exigências, expectativas e estímulos, uma vez que todos os aspectos da saúde estão interrelacionados e são interdependentes. A mesma opinião é manifestada por Costa e López (1998), ao referirem que o novo conceito de saúde implica dar poder ao indivíduo para que este se desenvolva e influencie positivamente o meio que o envolve, e que o termo “*poder*” se refere à capacidade de tomar decisões que afectam a vida e os determinantes pessoais e ambientais de saúde, e à capacidade de adaptação contínua às novas e dinâmicas exigências do meio.

A noção de que a saúde é uma responsabilidade individual, mas também social e que envolve as pessoas na melhoria da sua qualidade de vida, é assim reforçada, não obstante se reconhecer que numa visão holística da saúde, quer o potencial de cada pessoa quer as suas necessidades são diferentes.

Entre algumas das características importantes da nova definição de Saúde salientadas por Pais Ribeiro (1998), está o facto de esta ser uma definição que tem subjacente que a saúde se manifesta nas áreas do bem-estar e da funcionalidade e que não é apenas ausência de doença,

também o facto de a saúde se manifestar nos domínios interdependentes, mental, social e físico, de resultar de uma interacção complexa entre o que constitui os aspectos pessoais e os aspectos (quer físicos quer sociais) do meio ambiente, e o facto de a saúde se definir como uma configuração de bem-estar resultante de uma auto-avaliação, da expressão de uma opinião pessoal acerca de si próprio.

A saúde não é, então, apenas uma realidade objectiva que traduz o bom funcionamento do corpo. É antes uma realidade subjectiva relacionada com a forma de a pensar e de a representar mentalmente. Citando Silva (2002, p.19): “*Pessoas diferentes pensam a saúde de maneiras diferentes. Épocas e culturas diversas pensam a saúde, também, de maneiras diversas*”.

A expressão “estar de boa saúde” é a que melhor corresponde à noção que as pessoas têm do que é sentirem-se bem, sem preocupações especiais quanto a algum aspecto do seu funcionamento bio-psicológico ou mental (Silva, 2002). Mas muitas vezes é difícil estabelecer a fronteira entre um indivíduo saudável e outro que não o está, e o que é considerado doença ou saúde. Por outro lado, saúde e ausência de doença não são conceitos equiparáveis e inclusive, em certos casos torna-se difícil torná-los compatíveis (Costa & López, 1998).

Para a maioria das pessoas a norma é ser saudável, pois é assim que se sentem durante a maior parte do tempo. As crenças sobre o estar doente existem no contexto das crenças sobre o ser saudável, onde doença significa não estar saudável, sentirmo-nos diferentes do habitual, etc. (Ogden, 1999), e o conceito de saúde “...*varia consoante o contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico, espelhando a variedade de contextos da experiência humana*” (Pais Ribeiro, 1998, p.85). Neste sentido também Giordan (2000) defende que cada grupo humano, em cada momento da sua história, elabora a sua própria versão de saúde, a qual ajusta dentro com uma determinada concepção de vida, projectos, constrangimentos e possibilidades. Cada grupo social, cada ser humano, tem as suas próprias necessidades e aspirações, e implementa estratégias diferentes para as satisfazer.

Em relação à saúde parece, portanto, preferível evitar falar em normas. No entanto, como é salientado por Turner (2000), apesar de se tentar, em ciências sociais, evitar a confusão entre as noções de “norma” como um estado *standart* prescrito, e “normal” como a descrição de um estado que traduza a média de vários estados, no mundo quotidiano estas noções separadas tendem a fundir-se porque a descrição de uma “média” fornece uma conveniente medida de moralidade.

Não obstante a evolução do seu conceito, continuam a levantar-se questões acerca do significado de saúde, mas sobretudo acerca das estratégias desenvolvidas na sua prossecução.

Citando Honoré (2002):

... depois de a sua significação económica ter ganho importância, (...) surgiu a necessidade de a clarificar por entre um conjunto repleto de actividades, por vezes incoerentes. A maior incoerência é fazer tantos esforços, despender tanta energia e recursos para a reparar e tão pouco para a conservar, prevenir e desenvolver (p.18).

## **2. A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Até á década de 70 do século passado, o termo Educação para a Saúde foi usado para descrever o trabalho desenvolvido com as pessoas para lhes melhorar a saúde através da sua atitude individual e alteração de comportamentos (Ewles & Simnett, 2003). Contudo, na década de 80, houve um grande debate acerca do uso de termos como a Educação para a Saúde e Promoção da Saúde, essencialmente porque a vasta gama de actividades empreendidas na prossecução de uma melhor saúde divergiam daquilo que tradicionalmente se designa por Educação para a Saúde (WHO, 1998b; Costa & López, 1998; Ewles & Simnett, 2003).

No passado, o termo Educação para a Saúde descrevia uma série de acções, incluindo a mobilização social e a combinação de acções individuais e sociais projectadas para obter compromissos e apoios políticos, aceitação social e sistemas de apoio para metas de saúde ou programas particulares. Estes métodos são actualmente integrados no termo Promoção da Saúde (WHO, 1998a) e a Educação para a Saúde é vista como um seu importante elemento.

Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2003b), entre algumas das referências fundamentais na evolução das políticas de saúde nos últimos 25 anos (período durante o qual os Estados com "orçamentos sociais" evoluíram para a ideia de "políticas públicas", em que já não se trata só de assegurar o acesso a serviços existentes, mas sim de moldar a natureza desses serviços e de outras formas de acção aos objectivos explícitos das políticas de saúde) está a ideia de Promoção da Saúde, explícita na Carta de Ottawa.

Na Carta de Ottawa (WHO, 1986b) é referido que a saúde não se produz nas pessoas pelos serviços de saúde, mas antes resulta da capacidade e iniciativas individuais em interacção com os profissionais de saúde, com a sua rede social de apoio e com o seu meio ambiente físico e social. Reconhece-se a importância dos determinantes culturais e sociais da saúde, dos estilos de vida saudáveis, e dos meios organizacionais específicos como sejam o meio urbano, as escolas, e o local de trabalho. É neste sentido que hoje se fala em promoção da saúde como uma atitude global, que visa promover condições de desenvolvimento que permitam que a vida das pessoas seja saudável durante todo o seu percurso.

Não obstante a sua proximidade e convergência, os conceitos de Educação para a Saúde e de Promoção da Saúde são diferentes. A Promoção da Saúde é um processo mais amplo que integra várias estratégias, entre as quais a Educação para a Saúde. A clarificação destes conceitos, apontando as suas diferenças mas, sobretudo, as suas complementaridades, parece-nos pertinente.

A maior parte das definições para Educação para a Saúde salientam que se trata de processos e experiências educacionais com a finalidade de influenciar positivamente a saúde. A definição aceite pelo Conselho de Ministros da CEE e consagrada na Resolução n.º 89/C3/01 (Official Journal, 1989) menciona-a como um processo baseado em regras científicas que utiliza oportunidades educacionais programadas de forma a capacitar os indivíduos, agindo isoladamente ou em conjunto, para tomarem decisões fundamentais sobre assuntos relacionados com saúde. Costa e López (1998, p.29) definem-na como “...un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo”, e consideram-na uma estratégia básica para o amplo processo por meio do qual os indivíduos, os grupos e as comunidades melhoram o seu controlo sobre os determinantes pessoais e ambientais da saúde. Redman (2003) acrescenta que se trata de uma área dinâmica essencial também para as inovações que se desenvolvem actualmente no sistema de saúde.

Existem diferentes modelos de educação para a saúde, que diferem entre si por partirem de pressupostos diferentes e terem objectivos diversos. Segundo Navarro (1995), eles podem ser organizados esquematicamente em *modelos comportamentais ou persuasivos*, cujo objectivo consiste em diminuir a incidência de doenças através da modificação dos comportamentos individuais, seja pelo condicionamento seja pela aposta predominantemente na informação (defendendo que esta por si só permite a modificação das atitudes que estão na base dos comportamentos), e em *modelos sócio-ecológicos*, que implicam o relacionamento interpessoal e a participação permanente da população. Neste contexto defende que o modelo que melhor respeita as pessoas e as populações é o sócio-ecológico e, pelo contrário, considera insuficientes e eticamente inaceitáveis os modelos comportamentais ou persuasivos, por esquecerem os contextos socio-políticos que geram os comportamentos (uma vez que é o profissional de saúde a decidir quais são os comportamentos a desenvolver), e por limitarem a educação para a saúde a um conjunto de actividades estereotipadas, em que a inter-relação pessoal é usada como um meio de conseguir melhor aceitação da informação, num processo não participativo e centrado no profissional de saúde.

Na mesma linha de pensamento estão diversos autores, entre os quais Ewles e Simnett (2003), que definem as acções de Educação para a Saúde como oportunidades planeadas para as

peessoas aprenderem sobre saúde, e empreenderem alterações voluntárias nos seus comportamentos. Estes programas vão desde a disponibilização de informação, exploração de valores e atitudes, até à promoção de condições para a tomada de decisões e desenvolvimento de aptidões, que proporcionem as alterações de comportamento desejadas. Envolvem o desenvolvimento da auto-estima e da capacidade de agir de forma salutar, para que os indivíduos se tornem capazes de “actuar” positivamente sobre a sua própria saúde.

A Educação para a Saúde deve incluir oportunidades construídas de forma consciente para aprender, e deve envolver formas de comunicação projectadas para melhorar a literacia de saúde, incluindo a melhoria dos conhecimentos e o desenvolvimento de aptidões de vida conducentes à saúde dos indivíduos e das comunidades. Para tal é necessário que envolva a comunicação de informação relativa à sociedade subjacente, às condições económicas e ambientais que influenciam a saúde, aos factores de risco individuais e comportamentos de risco, e ao uso do sistema de cuidados de saúde. Deve estar, assim, não só relacionada com a comunicação de informação, mas também com a promoção da motivação, aptidões e confiança necessárias para intervir no processo de melhoria da saúde (WHO, 1998a). Já em 1989, a Resolução n.º 89/C3/01 do Conselho de Ministros da CEE salienta que a Educação para a Saúde é um processo educacional compreensivo cuja responsabilidade deve ser participada pelas comunidades, pelas instituições e pelos grupos sociais (Official Journal, 1989).

É com crescente criticismo que se vê a Educação para a Saúde de uma forma demasiado “estreita” e muito focada nos comportamentos e aptidões individuais (Ewles & Simnett, 2003), e torna-se explícito que os programas de Educação para a Saúde não podem limitar-se a informar a população sobre problemas isolados, e actualmente têm-se enfatizado a importância de observar o sujeito como um todo, envolvendo os seus processos intelectuais, afectivos e culturais para tornar possível atingir maior efectividade na mudança de comportamentos.

Os programas de Educação para a Saúde devem, assim, ter em consideração a investigação básica sobre condutas de saúde, e mobilizar os conhecimentos acerca do papel das crenças e atitudes pessoais, as normas e/ou as redes sociais (Dias *et al*, 2004), e devem extrapolar o campo da informação e integrar os valores, costumes, modelos e símbolos sociais que levam a formas específicas de condutas e práticas (Gazzinelli *et al*, 2005). Não obstante, a informação de saúde é um vector imprescindível da literacia em saúde. São escassos os estudos que mostram claramente a sua relação com as práticas e comportamentos determinantes de saúde. Num estudo recente (Gaspar, 2006), que envolveu uma amostra de 1166 estudantes adolescentes e jovens do ensino secundário e superior em Portugal, constatou-se que a correlação entre o reconhecimento das Fontes de Informação de Saúde, a Auto-percepção do

Impacto da Informação de Saúde e as Práticas e Comportamentos Determinantes de Saúde, é positiva e estatisticamente significativa.

A Promoção da Saúde é um processo amplo, que integra entre outras ferramentas, a Educação para a Saúde. Este processo, segundo referem Costa e López (1998), tem sido definindo como qualquer combinação de Educação para a Saúde e apoios do tipo organizativo, legislativo ou normativo, económico e ambiental que facilitem as práticas saudáveis. Esta definição enfatiza a importância da educação no processo de promoção da saúde.

A Declaração sobre os Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata (WHO, 1978), onde se concluiu que a saúde não é uma finalidade em si mesma, mas antes um recurso que deve estar ao alcance de todos para o desenvolvimento progressivo das comunidades, e onde se delinearam as orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000 e seguintes, foi um momento chave para que na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa a 21 de Novembro de 1986, se aprovasse a Carta de Ottawa (WHO, 1986b). As estratégias que emergem deste documento sistematizam-se em cinco grandes domínios: a definição de políticas, legislação e regulamentação; a criação de ambientes de suporte; o reforço da acção comunitária; a informação, educação para a saúde e capacitação (*empowerment*) individual e colectiva; e a reorientação dos serviços de saúde.

O termo “*empowerment*”, que começa a ser amplamente usado no contexto da Promoção da Saúde é, segundo Carvalho (2004), um conceito complexo que envolve noções de campos de conhecimento distintos. Tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “acção social” presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX, e é influenciado nos anos 70 pelos movimentos de auto-ajuda, e nos 80 pela psicologia comunitária. Já na década de 90 recebe o influxo de movimentos que procuram afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social, entre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico.

A Carta de Ottawa (WHO, 1986b) define a Promoção da Saúde como o processo de capacitar os indivíduos e as comunidades a aumentar o auto-controlo da sua saúde no sentido de a melhorar. E salienta que para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos ou os grupos devem ser capazes de identificar e realizar as suas aspirações, de satisfazer as suas necessidades e de modificar ou adaptar-se ao meio.

As primeiras conferências internacionais que se seguiram a Ottawa, nomeadamente na cidade de Adelaide, em 1988 sob o tema “Estabelecer Políticas Públicas Saudáveis” (WHO, 1988), e em Söndsvall, em 1991 sob o tema “Criar Meios Favoráveis à Saúde” (WHO, 1991) permitiram precisar o sentido e a pertinência das principais estratégias enunciadas na Carta de Ottawa.

Já a 4ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, sob o tema “Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde pelo Século XXI adentro”, que se realizou em 1997 em Jacarta (WHO, 1997), envolveu o sector privado no apoio à promoção da saúde e criou uma oportunidade quer para reflectir sobre o que se aprendeu quanto a uma efectiva promoção da saúde, quer para reanalisar os determinantes da saúde e identificar as orientações e estratégias a adoptar para responder aos desafios no século XXI.

Nas prioridades então definidas destaca-se (1) a *promoção da responsabilidade social no que respeita à saúde* (decisores políticos, sector público e privado), (2) o *reforço dos investimentos para o desenvolvimento em saúde* (investir mais em saúde e reorientar os recursos existentes às necessidades de grupos específicos), (3) a *consolidação e expansão das parcerias em saúde* (que ofereçam benefício mútuo através da partilha da especialização, competências e recursos, e visem o desenvolvimento social e da saúde) e (4) o *aumento da capacitação da comunidade e do indivíduo* (através da educação, formação para a liderança, aquisição de competências e conhecimentos essenciais para uma mudança efectiva, e também através do acesso aos recursos e aos processos de decisão).

Em Junho de 2000, na Cidade do México, durante a Quinta Conferência Global sobre Promoção da Saúde com o tema “Promoção da Saúde: Rumo a uma Maior Equidade” (WHO, 2000), reconheceu-se que a consecução do nível mais alto possível de saúde é positivo para o aproveitamento da vida e necessário para o desenvolvimento social, económico e para a equidade. Reconheceu-se igualmente que, apesar da melhoria significativa da saúde e provisão de serviços, verificada em muitos países do mundo nos últimos anos do século XX, ainda persistem inúmeros problemas que prejudicam o desenvolvimento social e económico, e a equidade em termos de saúde e bem-estar. É salientado, por isso, a urgência em abordar os determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde, e fortalecer os mecanismos de colaboração em todos os sectores e níveis da sociedade, onde a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos.

Destas constatações resultaram algumas recomendações de acções a desenvolver, entre as quais se destacam (1) o colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais, (2) assegurar a participação activa de todos os sectores e da sociedade civil, na implementação das acções de promoção da saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde, (3) apoiar a preparação de planos de acção nacionais para a promoção da saúde e (4) defender a ideia de que os órgãos da ONU são responsáveis pelo impacto, em termos de saúde, da sua agenda de desenvolvimento.

A Promoção da Saúde está direccionada para a influência sobre os determinantes de saúde. Não se limita a fortalecer aptidões e capacidades individuais. Recorre a acções dirigidas

a aliviar o impacto na saúde das condições sócio-económicas e do ambiente físico envolvente. Neste sentido, visa criar condições que ofereçam uma melhor oportunidade para se estabelecer uma relação entre os esforços pessoais dos indivíduos e os resultados de vida positivos em termos de saúde (Nutebean, 1997). É descrita como um “processo”, um meio para atingir um fim e não um resultado em si mesmo. Não é algo realizado *nos* ou *para* os indivíduos, mas sim *com* e *para* os indivíduos ou grupos, em que participação e parceria são valores fundamentais (Nutbeam, 1998). Citando Pais Ribeiro (1998):

... a promoção da saúde implica devolver à população o poder em matéria de saúde, retirando-o às instituições, aos dirigentes, aos profissionais e à tecnologia. O objectivo primordial da promoção da saúde no futuro poderia assim, ser o de facilitar a transferência de recursos importantes na saúde, tais como conhecimentos, técnicas, poder, e dinheiro, para a comunidade (p.69).

### **3. OS OBJECTIVOS DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

A Educação para a Saúde tem como objecto os comportamentos e estilos de vida, e orienta os seus objectivos para a prevenção primária - diminuindo os factores de risco e incrementando os factores de protecção, para a prevenção secundária - detectando precocemente os problemas de saúde e alterando condutas que permitam o tratamento das doenças, e para prevenção terciária - recuperando a saúde e evitando as recaídas (Costa & López, 1998; Bennett & Murphy, 1999; Paul & Fonseca, 2001).

Enfatizando o conceito positivo de saúde, Costa e López (1998) defendem que os objectivos da Educação para a Saúde se orientam no sentido de capacitar os indivíduos para: a) definir os seus próprios problemas e necessidades; b) compreender o que podem fazer acerca desses problemas com os seus próprios recursos e apoios internos; c) e promover as acções mais apropriadas para fomentar uma vida saudável e o bem-estar da comunidade. Também Bennett e Murphy (1999) referem que a Educação para a Saúde se tem concentrado prioritariamente na alteração dos comportamentos ou dos factores intrapessoais como as atitudes e as crenças (que se julgam determinantes do comportamento), a fim de promover um melhor estado de saúde nos indivíduos e nas populações. Esta perspectiva é compatível com o ponto de vista preventivo, como defendem, entre outros, Costa e López (1998) :

(...) la potenciación de los recursos personales de la gente, para tomar decisiones y afrontar con éxito las demandas y problemas de su entorno, se vislumbra como una estrategia de enorme potencial para la prevención (p.33).

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 ela não surge nem actua no “vazio”. Pelo contrário, dirige-se a indivíduos, a comportamentos e estilos de vida, a factores de risco e de protecção impregnados de cultura. E 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 crenças, 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.

#### **4. AS PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS COMO DETERMINANTES DA SAÚDE**

O termo “estilo de vida” tem sido utilizado para descrever unidades discretas e observáveis de acção, e enquanto tal é sinónimo de comportamento (Pais Ribeiro, 1998) ou de constelações de comportamentos (Costa & López, 1998). É usado para enfatizar o facto de os comportamentos terem um papel importante para a compreensão das doenças e também o aspecto multi-causal de muitas das actuais doenças crónicas, causadas não pela actuação de um único agente, mas mais pela interacção entre factores comportamentais, circunstâncias ambientais e características fisiológicas. Neste sentido, os estilos de vida têm sido estudados quer para tentar determinar as consequências dos comportamentos, quer para tentar compreender porque é que algumas pessoas assumem, no que se refere à saúde, mais riscos do que outras (Uitenbroek *et al*, 1996).

Na segunda metade do século passado, quando se começou a aceitar e a considerar de forma crescente que as pessoas tinham um papel cada vez mais activo na saúde e na doença, as ligações entre comportamento e saúde ganharam notoriedade. Como já foi referido, o modelo de saúde que então emergiu centrou-se na relação entre comportamentos e doenças, inicialmente numa perspectiva de prevenção das doenças e mais tarde numa perspectiva de promoção da saúde (Pais Ribeiro, 1998).

De facto, as alterações verificadas nas causas de morte ao longo do século XX "(...) *podem ser em parte explicadas pelas mudanças que ocorreram em doenças relacionadas com os comportamentos, como as doenças coronárias, cancro e VIH.*" (Ogden, 1999, p.25), e citando Paúl e Fonseca (2001):

O actual estilo de vida nos países ditos desenvolvidos, caracterizado por alimentação e exercício físico inadequados, por inúmeros comportamentos aditivos e pela exposição a elementos tóxicos e a ritmos de vida incompatíveis com a regulação circadiana dos corpos, surge como o factor responsável pelo aumento das doenças crónicas e por uma quebra significativa e generalizada da qualidade de vida das pessoas (p.59).

É com base na aceitação de que os comportamentos em que nos envolvemos, e as circunstâncias em que vivemos, têm impacto sobre a saúde, e de que alterações adequadas a podem melhorar, que muitas das estratégias de promoção da saúde são programadas (Bennett & Murphy, 1999). Daí que sejam também numerosas as informações publicadas de programas de promoção da saúde que demonstram a importância de encorajar e promover alterações positivas nos comportamentos das populações (Prohaska *et al*, 2000).

De acordo com o *European Health Report 2002* (WHO, 2003), as doenças crónicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, osteoarticulares, cancro, patologia respiratória crónica, diabetes *mellitus*, e as perturbações da saúde mental como a depressão, constituem actualmente a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas. São também as principais responsáveis por situações de incapacidade, muitas vezes permanente, e perda de qualidade de vida, com impacto significativo no consumo de serviços de saúde, meios complementares de diagnóstico, medicamentos e dias de internamento.

Segundo o Ministério da Saúde (2003), a nível europeu estas doenças representaram em 2000 cerca de 75% da carga da doença (*burden of disease*) expressa em DALYs (um DALY - *disability adjusted life years*, corresponde à perda de um ano de vida saudável). Estas doenças têm, como etiologia comum, um conjunto de factores fundamentalmente ligados aos estilos de vida individuais. A forma como cada pessoa gere o seu capital de saúde ao longo da vida, através de opções individuais expressas no que se pode entender como estilo de vida, constitui assim uma questão fulcral na génese da saúde individual e colectiva.

No relatório *The health status of the European Union – Narrowing the health gap*. (European Commission, 2003), é reconhecido que comportamentos como a dieta inadequada, o fumo de tabaco, abuso de álcool, consumo de drogas, inactividade física, condições ambientais pobres e baixos estados socio-económicos, são os principais determinantes dos problemas de saúde mais importantes. Interagem entre si de um modo complexo e os resultados no estado de saúde são o impacto combinado de todos eles.

Como tem sido destacado (Bennett & Murphy, 1999; Ogden, 1999), o facto de 50% da mortalidade ligada às principais causas de morte se dever ao comportamento dos indivíduos, indica que estes têm um efeito potencialmente importante na longevidade.

Step toe e Wardle (2001) referem que as diferenças na saúde e taxas de mortalidade prematura verificadas entre os países da Europa ocidental e central e os países da Europa oriental são inquietantes, e que têm aumentado progressivamente nos últimos 30 anos. Segundo estes autores, a morte prematura por doenças cardiovasculares e as causas externas são o maior contributo para este padrão. E apesar de se apontarem algumas explicações para esta tendência - desde a pobreza de cuidados de saúde até à poluição ambiental - tem sido argumentado que os comportamentos, destacando-se o consumo de gorduras e antioxidantes, os hábitos tabágicos, padrões de ingestão de álcool, e o *stress* psico-social, têm o maior contributo.

Dados divulgados no *site* oficial do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, relativos a 1998, e que se confirmam em anos mais recentes (Ministério da Saúde, 2001; Ministério da Saúde, 2004a) apontam como causas de mortalidade mais relevantes em Portugal, comportamentos como as dietas pouco saudáveis, o consumo de tabaco, o abuso do álcool, a condução rodoviária de risco, a toxicodependência e a inactividade física. Muitas vezes estes comportamentos inserem-se em más condições ambientais, baixo nível socio-económico e serviços de saúde inadequados (Ministério da Saúde, 2001).

As práticas de saúde, e também as de risco, incorporam verdadeiras constelações de comportamentos mais ou menos organizadas, mais ou menos complexas e coerentes, mais ou menos estáveis e duradouras, e todas elas fortemente impregnadas do ambiente e do meio em que vive o indivíduo (Costa & López, 1998). Na mesma linha de pensamento estão Bennett e Murphy (1999, p.60) quando afirmam que os comportamentos “(...) *não têm lugar num vácuo social ou cultural, e muitos (...) transportam consigo significados que ultrapassam o simples acto comportamental*”.

A Saúde Comportamental desafia os princípios biomédicos acerca da separação mente/corpo e é descrita como uma disciplina preocupada com a manutenção da saúde e a prevenção da doença em indivíduos normalmente saudáveis, através do uso de *informações educativas para modificar comportamentos e estilos de vida* (Ogden, 1999). E é porque a saúde e os comportamentos com ela relacionados ocorrem dentro de um complexo sistema de influências múltiplas (Bennett & Murphy, 1999), e porque um estilo de vida saudável implica práticas saudáveis numa série de comportamentos e actividades pessoais (Step toe & Wardle, 2001), que uma promoção da saúde eficaz se deve dirigir ao sistema, e não apenas a indivíduos e comportamentos isolados dentro dele.

#### 4.1. Os comportamentos de saúde

O comportamento dos indivíduos face à saúde distribui-se ao longo de um espectro vasto que vai desde as acções para manter e promover positivamente a saúde, até às acções envolvidas na doença e na morte (Andrade, 2001).

Os comportamentos de saúde são geralmente encarados como comportamentos relacionados com o estado de saúde do indivíduo. Matarazzo (1984) citado por Ogden (1999, p.26) fez a distinção entre os comportamentos que têm um efeito negativo na saúde, ou “comportamentos patogénicos” que se traduzem por hábitos prejudiciais para a saúde, e os comportamentos que podem ter um efeito positivo para a saúde, ou “comportamentos imunogénicos” ou de protecção da saúde. Matos (2004) refere-se aos comportamentos de protecção como aqueles que têm um efeito minimizador do risco.

Bennett e Murphy (1999) referiram a má nutrição e a falta de exercício, o abuso de tabaco, e o abuso de álcool, como os quatro comportamentos que mais negativamente influenciam a saúde. Paúl e Fonseca (2001), acrescentam o uso de drogas a este grupo que encabeça a extensa lista de comportamentos considerados pouco saudáveis. Outros, como o não usar cinto de segurança, conduzir em excesso de velocidade e não usar preservativo em actividade sexual de alto risco, são também largamente referenciados como determinantes importantes da saúde dos indivíduos (Bennett & Murphy, 1999; McLellan *et al*, 1999; Ogden, 1999; Cotrim *et al*, 2000; Paúl & Fonseca, 2001; Currie & Roberts, 2004; Christopherson & Jordan-Marsh, 2004; Lee & Tsang, 2004).

A Educação para a Saúde deve considerar a crescente complexidade da nova morbilidade e mortalidade da espécie, cada vez mais associada aos comportamentos e estilos de vida, e também a crescente exigência de qualidade nos cuidados e na atenção da saúde. Ela adquire um enorme potencial num cenário em que progressivamente os indivíduos se têm tornado menos passivos, e assumem um papel mais activo e participativo nas questões relacionadas com a saúde (Costa & López, 1998).

## **5. A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA MUDAR PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS**

Os comportamentos que integram os estilos de vida e as acções repetidas do dia-a-dia são complexos, menos relacionados com um sistema formal de cuidados e mais difíceis de mudar e de manter do que os outros (Andrade, 2001). Como é salientado por Giordan (2000), em Educação para a Saúde o conhecimento não é suficiente. Alguns ainda acreditam que os problemas podem ser resolvidos com campanhas publicitárias ou intervenções nos meios de comunicação de massas, mas a realidade mostra a ineficácia de campanhas de prevenção, onde os obstáculos são vários: emocionais, cognitivos, e até metacognitivos.

A maior parte das experiências e contextos de aprendizagem de saúde não são experiências deliberadas ou fruto da planificação. As práticas e hábitos de saúde também se adquirem de forma independente dos programas de Educação para a Saúde. O próprio meio oferece condições e circunstâncias que incitam, estimulam e motivam os comportamentos e estilos de vida. Face a eles, a Educação para a Saúde oferece uma influência que pode chegar a ser irrelevante, ou mesmo contrária aos valores e ensinamentos da vida quotidiana, a não ser que tenha um certo controlo sobre o meio e sobre os contextos de aprendizagem precoce onde vivem e crescem os indivíduos (Costa & López, 1998).

A melhor estratégia parece ser a conjugação de esforços em que, como é salientado por Andrade (2001), quer o Estado, através das organizações de Saúde Pública, quer a comunidade e a população, considerem as vantagens e os benefícios da promoção da saúde e participem mutuamente para aumentar a eficácia e melhorar os resultados, através da mudança de comportamentos e de estilos de vida.

Alguns estudos permitem concluir que os melhores programas de Educação para a Saúde podem ter êxito em melhorar ou incrementar o conhecimento, algum êxito em melhorar as atitudes, e um êxito pouco frequente em facilitar alterações nos comportamentos e estilos de vida (Tones & Robinson, 1990).

Frasquilho (1998) destaca a necessidade de se considerarem três conjuntos de factores que influenciam o comportamento de saúde, e que podem ser efectivamente modificados pelas intervenções educacionais: (1) os factores predisponentes relacionados com o indivíduo (valores, crenças, atitudes, percepções, informação, motivação), (2) os factores capacitantes (conhecimentos, competências) e (3) os factores de reforço, de natureza contextual (representações sociais, normas comportamentais, atitudes grupais). Matos (2004) salienta que as estratégias de resposta para a alteração de comportamentos de risco devem incluir o

desenvolvimento de competências pessoais e relacionais, assim como a criação de mais envolvimento facilitadores da saúde no sentido da promoção de comportamentos de protecção.

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde, 2004a), o combate às causas subjacentes às principais doenças relacionadas com os estilos de vida é considerado uma grande prioridade para a acção, e exige que se consagre uma atenção particular a factores como a alimentação, o excesso de peso e a obesidade, o consumo de álcool e de tabaco, a insuficiente actividade física, a má gestão do *stress*, o abuso de drogas, e a factores de natureza socioeconómica, geradores de fenómenos de violência e exclusão social.

## **6. AS FONTES E OS CENÁRIOS DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

É considerando a necessidade de observar os processos intelectuais, afectivos e culturais dos indivíduos para atingir maior efectividade em termos da mudança comportamentos, e considerando o facto de os programas de Educação para a Saúde não poderem limitar-se a iniciativas que visem informar acerca dos problemas, mas que devem integrar os valores, costumes, modelos e símbolos sociais que levam a formas específicas de condutas e práticas, que assume particular relevo o envolvimento dos vários agentes ou fontes de Educação para a Saúde, e o aproveitamento dos vários contextos ou cenários em que esta pode ser implementada.

A importância da conjugação de esforços e do estabelecimento de parcerias entre os vários agentes que trabalham na promoção da saúde tem sido salientada por inúmeros autores, entre os quais Ewles e Simnett (2003) que referem que o leque de agentes que podem ser envolvidos neste esforço inclui Organizações Internacionais (*e.g.* WHO), Governos Nacionais, Serviços Nacionais de Saúde, Organizações Não Governamentais, Serviços privados de saúde, Poder Local (professores, gabinetes de saúde ambiental, trabalhadores sociais), Polícia, Bombeiros, Organizações profissionais e sindicatos, Organizações comerciais e industriais, Comunidade Local e Grupos de Voluntários (*e.g.* alcoólicos anónimos), Instituições de Ensino (Escolas, Universidades, Institutos Politécnicos...), Empregadores, Igrejas e organizações religiosas e Redes informais (*e.g.* vizinhos, amigos, familiares...), e os meios de comunicação de massa (Televisão, Rádio, Internet, Jornais, Revistas...).

### **6.1. A Escola como cenário privilegiado da Educação para a Saúde**

Como vem sendo largamente destacado (Costa & López, 1998; WHO, 2001; Aerts *et al*, 2004; Ministério da Saúde, 2004<sup>a</sup>; Direcção-Geral da Saúde, 2006), a Escola tem sido o

principal cenário em que se têm promovido programas e acções de Educação para a Saúde com a pretensão não só de melhorar os conhecimentos dos alunos, mas também as suas práticas de saúde. Existe um amplo acordo acerca da sua importância como cenário privilegiado de Educação para a Saúde, essencialmente pelo potencial que reúne quando consegue assegurar condições saudáveis, tanto no espaço da sala de aula como dentro do espaço escolar, quando consegue promover um ambiente propício à aprendizagem e estimular as relações entre as pessoas, e quando consegue promover a participação e a criatividade dos alunos e entender que a auto-estima e a autonomia são aspectos fundamentais para a promoção da saúde.

É durante os anos escolares que são formadas algumas características da personalidade e diversos aspectos relacionados com a saúde e com os comportamentos de risco, que mais tarde serão determinantes do estado de saúde. Também pelo facto de na maior parte dos países a escolaridade mínima ser obrigatória, ela ocupa uma posição única para a melhoria do estado de saúde dos jovens (Maes & Lievens, 2003). Citando Costa e López (1998, p.44): *“Ningún otro contexto comunitario relacionado con la salud se aproxima a la magnitud de la empresa educativa escolar.”*.

O ser humano passa uma longa e importante etapa de sua vida na Escola. Porque a sua missão educativa é complementar à missão da família, ela contribui na construção de valores pessoais e dos significados atribuídos a objectos e situações, entre os quais a saúde (Aerts *et al*, 2004; Direcção-Geral da Saúde, 2006). De facto, o cenário escolar é o palco fundamental dos jovens pelo menos 9 a 10 anos das suas vidas, 6 a 8 horas por dia. Como tal, provavelmente afecta a sua saúde e bem-estar. E desta perspectiva, pode ser vista como um recurso para, ou um risco para a saúde dos jovens (Samdal *et al*, 2004).

O conceito de Promoção de Saúde Escolar (*Health Promoting School Concept*) não considera a saúde apenas como uma parte do curriculum escolar (a nível da sala de aulas), mas também considera o seu ambiente físico e social, e as influências da comunidade mais abrangente, com especial ênfase na influência dos pais (Maes & Lievens, 2003; Direcção-Geral da Saúde, 2006). A promoção da saúde escolar deve desenvolver-se de forma a proporcionar a integração e reforço mútuo do conjunto de experiências dos jovens, que sejam compatíveis com os objectivos educacionais e com os valores da escola (Nutebean, 1997).

O primeiro alvo destas iniciativas é envolver todos os participantes da comunidade escolar (estudantes, professores, auxiliares de educação, administrativos, pais e serviços de saúde escolar), na identificação de aspectos do ambiente escolar que é necessário melhorar e desenvolver, e na implementação de intervenções com esse fim (ENHPS, 1998; Direcção-Geral da Saúde, 2006).

Neste sentido, os alunos devem ser considerados como elementos activos das acções de educação para a saúde e, citando Pereira (2001):

(...) espera-se que cada aluno, enquanto indivíduo, possa participar e construir o seu projecto de vida pessoal, tendo em vista o seu bem estar, bem como ser um agente promotor de saúde no contexto escolar (p.3).

A Promoção da Saúde Escolar, tal como o próprio conceito de saúde e de educação para a saúde, sofreu uma considerável evolução nas últimas décadas.

Durante a década de 70 do século XX, as preocupações parentais sobre o uso de drogas conduziu a intervenções muito específicas com as quais se pretendia advertir as crianças dos perigos do seu uso. Em muitos casos pretendia-se que com uma única intervenção em sala de aula se ‘vacinassem’ os estudantes, imunizando-os contra esse flagelo. Mas as dúvidas levantadas acerca da eficiência de tais intervenções estimularam o aparecimento de uma Educação para a Saúde mais sistemática, com uma aproximação à saúde mais global e positiva, cobrindo muitos tópicos como a prevenção, higiene, segurança, primeiros socorros, entre outros. Mais tarde, os currículos de biologia alargaram-se e passaram a incluir a dimensão de saúde, principalmente no ensino primário e secundário. Os tópicos mais frequentemente desenvolvidos, porque também são consensualmente considerados prioritários, são a dietética, higiene corporal e oral, a educação sexual com enfoque na contracepção e, especialmente desde o surgimento da SIDA, na prevenção de ISTs (Infecções Sexualmente Transmitidas), e consumo de drogas (Giordan, 2000; Direcção-Geral da Saúde, 2006).

Pretende-se que, no contexto escolar, a educação para a saúde seja cada vez mais uma característica intrínseca da própria escola. Citando Pereira (2001):

A Educação para a Saúde, para além de integrar os currículos das diferentes áreas e disciplinas, vai muito para além disso, pretende «instalar-se» nas relações e interacções que se estabelecem dentro e fora da escola, propõe-se criar os meios para que todos quantos lá vivem e trabalham possam controlar e melhorar a sua saúde física e emocional (p.33).

Hoje considera-se *escola saudável* a que possui um ambiente solidário e propício à aprendizagem, que está envolvida e empenhada no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favorecedores da saúde e da aprendizagem de comportamentos que permitam a protecção do meio ambiente e conservação de recursos naturais, e na implicação, cada vez maior, da população em projectos de promoção da saúde (Aerts *et al*, 2004; Direcção-Geral da Saúde, 2006).

É do reconhecimento que a educação para a saúde não se deve restringir a um currículo específico, mas antes deve fazer parte de um programa global da escola, que surgem as Escolas Promotoras de Saúde.

## 6.2. As Escolas Promotoras de Saúde

Em 1991/1992, o Conselho da Europa, a Comissão Europeia e a Delegação Regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde criaram a *European Network of Health Promoting Schools* (ENHPS). O que começou por ser um projecto-piloto envolvendo quatro países (República Checa, a Hungria, a Polónia e a Eslováquia), em 1999 era já uma rede que incluía mais de 5.000 escolas, e envolvia 400.000 estudantes em 38 países incluindo, desde Setembro de 1994, Portugal.

Esta rede europeia de escolas promotoras de saúde expandiu-se rapidamente nos últimos anos, principalmente porque os sectores da saúde e da educação viram neste projecto uma iniciativa consolidada, que juntava conhecimento e compreensão (acerca da promoção da saúde nos cenários escolares) a uma flexibilidade que permitia às escolas determinarem as suas necessidades e desenvolverem os seus próprios esforços no sentido de as satisfazer, numa relação de rede em que a parceria era tanto um método como um objectivo (Burgher *et al*, 1999).

O principal objectivo desta rede é melhorar e proteger o bem-estar de alunos, professores, pessoal não docente e da comunidade mais abrangente. As Escolas Promotoras de Saúde comprometem-se a si próprias promover a saúde, tornando mais seguros e saudáveis os seus ambientes sociais e físicos (ENHPS, 1998).

A ENHPS desenvolve projectos em cinco categorias diferentes e em que, ao contrário do que se verifica nos tradicionais programas de educação para a saúde que focam assuntos únicos e de forma isolada, procura tratar os temas de forma integrante. As duas primeiras categorias relacionam-se com a melhoria do ambiente físico das escolas e com o desenvolvimento de programas direccionados aos tópicos relacionados com a saúde (nutrição, ambiente, tabaco, álcool e outras drogas, educação sexual e prevenção de ISTs, sociedade multicultural, etc...). A terceira refere-se à edificação da democracia nas escolas, procurando aumentar a independência e liberdade de acção dos alunos, criar relações mais igualitárias entre eles e o pessoal escolar, e dando-lhe voz na tomada de decisões relacionadas com a organização das actividades. Os alunos aprendem como expressar as suas opiniões, escolhem e trabalham juntos na prossecução de objectivos comuns, ajudam-se mutuamente perante a evidência de problemas comuns, aprendem mais activamente e tornam-se mais activos no papel que desempenham com os professores e outro pessoal escolar. Isto implica um trabalho de capacitação dos alunos em habilidades necessárias para fazerem o melhor uso da sua liberdade, e requer novas capacidades do pessoal escolar e alterações nos curricula e administração da escola. Deste modo, as duas ultimas categorias de actividades incluem o desenvolvimento de políticas e de materiais para o treino dos professores, e as actividades de treino, quer em tópicos

relacionados com a promoção e educação para a saúde, quer em áreas da comunicação, ensino e métodos de aprendizagem, e cooperação com os pais (Burgher *et al*, 1999).

### **6.3. A Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde**

Em 2001, quatro anos após se decidir alargar o projecto-piloto da Rede Europeia das Escolas Promotoras de Saúde, em Portugal a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS) integrava quase 2000 estabelecimentos de educação e cerca de 259 centros de saúde. E no ano lectivo 2001/02 incluía 3407 escolas e jardins-de-infância (35% da população estudantil) e 265 centros de saúde (74% do total de centros de saúde).

De facto, de 1999/2000 para 2000/2001 as escolas integradas na RNEPS aumentaram em 154%. Segundo dados do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde, 2004a), no ano lectivo 2001/02, 84% dos Centros de Saúde existentes em Portugal fizeram Saúde Escolar. Esta actividade foi desenvolvida em 4.188 (78%) Jardins-de-infância, 7.744 (84%) Escolas do Ensino Básico e Secundário e 82 (43%) Escolas Profissionais.

Recentemente, por Despacho de Sua Excelência o Senhor Alto-Comissário da Saúde, publicado no Diário da República n.º 110, de 7 de Junho de 2006 foi aprovado o Programa Nacional de Saúde Escolar destinado aos profissionais e estruturas do Serviço Nacional de Saúde e seus utilizadores (Direcção-Geral da Saúde, 2006), e que enfatiza a importância da manutenção e inclusão das Escolas na RNEPS, e a importância dos técnicos de saúde, e entre eles os enfermeiros, na efectividade deste programa. Recorde-se que esta aprovação é antecedida pela assinatura, em Fevereiro de 2006, de um protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, assente na convicção de que para a promoção da educação para a saúde em meio escolar concorrem os sectores da educação e da saúde (Ministério da Saúde, 2006).

A importância das escolas na Promoção da Saúde parece incontestável. Na Suécia, por exemplo, verificou-se a partir dos anos 80 do século passado, e prolongando-se ao longo da década de 90 do mesmo século, uma tendência para a deterioração dos comportamentos dos adolescentes. Esta deterioração deveu-se, entre outros factores, ao agravamento da economia, que envolveu as escolas e conduziu a uma diminuição considerável do investimento em serviços de saúde escolar e em instalações escolares. As turmas tornaram-se maiores, a disponibilidade dos professores para falarem com os alunos fora das salas de aula desapareceu na maioria das comunidades escolares, e os professores de apoio especial começaram a rarear. Por outro lado, o apoio dado depois das aulas foi restringido às crianças mais jovens (Berg-Kelly, 2003).

Não obstante a sua reconhecida importância, é necessário ser realista acerca do que se pode esperar das Escolas enquanto Promotoras de Saúde, e não contribuir para o mito de que elas podem, por si só, resolver os problemas de saúde da sociedade.

As escolas não estão melhor equipadas para produzir alterações massivas de comportamentos de saúde do que o estão para o fazer em relação a outros comportamentos social e ambientalmente determinantes, como a violência. Nem as Escolas podem compensar a pobreza, a falta de condições dignas de habitação, ou a vida familiar disfuncional (Nutebean, 1997). A investigação acerca da forma como o ambiente social da escola pode contribuir para a etiologia dos comportamentos de saúde dos jovens é escassa e por vezes inconsistente. A vida diária na escola provavelmente afecta a saúde e bem-estar dos jovens, mas a natureza exacta desta relação não é clara e não podem ser tiradas conclusões definitivas (Maes & Lievens, 2003; Aveyard *et al*, 2004; Samdal *et al*, 2004).

Também interessa considerar que a vivência da experiência escolar varia muito entre os indivíduos. As crianças mais velhas tendem a gostar menos da escola, a perceber o seu desempenho como pobre e a sentirem-se mais pressionados com o trabalho escolar, apesar do apoio que sentem da parte dos colegas/amigos ser bom e similar ao longo dos diferentes escalões etários. É mais provável as raparigas gostarem da escola e terem um forte sentimento de realização, do que os rapazes, mas por outro lado sentem-se mais pressionadas com o trabalho escolar (Morgan, 2004). Num estudo recente (Gaspar, 2006) observou-se nos resultados que a Escola foi uma das fontes de informação de saúde menos reconhecidas pelos estudantes adolescentes e jovens. O mesmo estudo revelou que as raparigas mais do que os rapazes, os alunos mais velhos mais do que os mais novos e aqueles que frequentaram na escola actividades relacionadas com a saúde mais do que aqueles que não frequentaram tais actividades, revelam uma auto-percepção mais positiva do impacto da informação de saúde.

Para que a escola seja efectiva na promoção da saúde, é necessário que os alunos se sintam envolvidos, integrados e identificados com os seus objectivos, e é consensual a ideia de que é necessário desenvolver de forma mais sistemática estudos acerca da efectividade do contexto escolar, e do seu papel como veículo de Educação para a Saúde.

#### **6.4. A Família**

A saúde dos adolescentes é condicionada, em grande medida, pelo ambiente familiar que lhes satisfaz as necessidades imediatas e básicas de alimentos, abrigo, educação, cuidados de saúde e valores morais e espirituais necessários à formação do carácter. Também no contexto da educação para as práticas e comportamentos saudáveis o seu papel é fundamental.

Citando a *World Health Organization* (WHO, 2001):

À família, apoiada pela comunidade e pelo ambiente multisectorial mais alargado, cabe a responsabilidade primeira pelo desenvolvimento saudável dos adolescentes. Os valores eternos do respeito pela verdade e pela dignidade humana, tal como são transmitidos no seio da família e, em geral, pelos modelos do papel social, permitem que muitos adolescentes se desenvolvam como membros bem ajustados à sociedade (p.1).

Segundo Costa e López (1998), a família é o contexto de socialização primária por excelência, onde muito precocemente se enraízam e desenvolvem os hábitos, costumes e rotinas de saúde, e também os riscos e condições de insegurança. Por isso a competência parental, através do treino e capacitação, tem sido uma das estratégias preventivas mais utilizadas para assegurar que as crianças cresçam e se desenvolvam em condições saudáveis e com hábitos e costumes também saudáveis.

Dados relativos à sociedade francesa e referidos por Braconnier e Marcelli (2000), destacam o facto de os pais serem os interlocutores privilegiados dos adolescentes para os problemas de saúde. Em família fala-se de questões relacionadas com a SIDA (para 50,6% dos adolescentes), consumo de tabaco (49%), de álcool (41,2%) e de drogas (40,9%), e também de gravidez (40%) e de sexualidade (33%). Segundo os autores, estes dados refutam, de certo modo, a ideia de que o diálogo entre os adolescentes e os pais não existe, mesmo quando em certas famílias são confrontados com pais pouco informados, indiferentes ou até hostis. Também Pederson *et al* (2004) referem que são mais os adolescentes que consideram fácil falar com os pais acerca de coisas que os preocupam, do que aqueles que acham difícil.

## **6.5. Os Meios de Comunicação de massas**

O papel dos meios de comunicação de massas na educação para a saúde em particular, e na promoção da saúde em geral, não é interpretado de forma consensual. Por um lado é criticado pelo facto de se constituírem canais de propaganda, por outro lado é elogiado pelo seu potencial de persuasão de pessoas em grande escala (Dias *et al*, 2004).

A WHO (2001) destaca o seu papel na promoção da saúde e refere que a televisão, a rádio e outros *media* de entretenimento alcançam uma elevada percentagem dos adolescentes das zonas urbanas, e têm potencialidades para chegar junto dos das zonas rurais. Salienta ainda o papel dos meios de comunicação informais sob a forma de entretenimento, como as peças de teatro, que se têm revelado eficazes para informar e apresentar problemas sensíveis aos jovens em geral e, particularmente, aos que se encontram fora das escolas.

A Carta Europeia de Ambiente e Saúde que resultou da 1ª Conferência Europeia sobre Ambiente e Saúde – Frankfurt 7-8 Dez 1989 (WHO, 1989), a respeito da comunicação social e saúde salientava no ponto 7, dos Direitos e Responsabilidades, que os grandes meios de

comunicação social desempenham um papel chave na promoção da consciencialização, bem como na promoção de atitudes positivas, face à protecção da saúde e do ambiente. Têm responsabilidade na informação adequada e exacta, devendo ser encorajados a comunicar, eficazmente, esta informação ao público.

Não obstante a informação divulgada ser frequentemente considerada pelos profissionais de saúde e pela comunidade científica como pouco credível, viciada e desajustada, e a apatia e ileteracia do público em geral constituir uma forte barreira ainda não completamente ultrapassada, os meios de comunicação de massas constituem importantes fontes de informação, e são percebidas pelas pessoas como críveis, actualizadas e valiosas (Dias *et al*, 2004).

Em Abril de 2000, nos Estados Unidos, investigadores na área dos meios de comunicação de massas, da educação e da saúde pública, trabalharam em conjunto numa conferencia subordinada ao tema “*Setting Research Directions for Media Literacy and Health Education*”, no sentido de medir o impacto de intervenções direccionadas às ameaças de saúde dos jovens, de estimular a evidência descritiva sobre o crescimento e natureza da literacia em meios de comunicação de massas (*Media Literacy*), e de iniciar uma apreciação mais completa e ampla das conexões interdisciplinares entre os campos de estudos de meios de comunicação de massas, da educação e da saúde pública (Center for Media Studies, 2000). Nesta conferência foi amplamente reconhecida a importância da exposição aos meios de comunicação de massas na formação de atitudes, percepções e comportamentos nas crianças e nos jovens, e salientou-se que, nos Estados Unidos, os profissionais de saúde têm vindo de forma crescente a adoptar intervenções nestes meios (nomeadamente na televisão, cinema, musica, jornais e revistas, jogos de vídeo e Internet), como forma de abordar variadas ameaças à saúde das crianças e adolescentes. O valor dos meios de comunicação de massas para mudar percepções e atitudes ao redor das escolhas de estilo de vida, incluindo nutrição, comportamento agressivo, consumo de álcool, tabaco e droga, uso de cinto de segurança entre outros, tem sido enfatizado.

Em Portugal, a Lei da Televisão (Lei n.º 32/2003), no seu Artigo 47.º, relativamente às obrigações específicas dos operadores que actuem ao abrigo de concessão do serviço público de televisão, salienta na alínea j do ponto 2, que a estes operadores incumbe, entre outras, ceder tempo de emissão à Administração Pública, com vista à divulgação de informações de interesse geral, nomeadamente em matéria de saúde e segurança públicas. Também a Lei da Rádio (Lei n.º 4/2001), não obstante ser mais lata no que se refere a questões relacionadas com a saúde, considera no seu Artigo 9.º relativo aos fins da actividade de radiodifusão que, entre outros, constituem fins dos serviços de programas generalistas de radiodifusão, no quadro dos princípios constitucionais vigentes, contribuir para a formação do público, favorecendo o reconhecimento da cidadania enquanto valor essencial à democracia. Neste contexto

entendemos que a literacia em saúde assume particular importância para o exercício da cidadania, aspecto que desenvolveremos mais adiante.

## **6.6. Os Serviços de Saúde**

Os Serviços de Saúde são considerados contextos de grande interesse para a Educação para a Saúde, cujas acções se desenvolvem a partir dos Centros de Saúde, Hospitais e outras instituições, e adquirem uma importância particular pela maior vulnerabilidade das crianças e adolescentes que a eles recorrem, e pelo impacto que têm no futuro e posterior desenvolvimento saudável (Costa & López, 1998). Mas interessa ter em consideração que a questão do acesso dos adolescentes a estes serviços ainda constitui um aspecto que merece uma reflexão profunda pois, tal como é citado pela *World Health Organization* (WHO, 2001):

Os adolescentes não têm acesso, não utilizam de modo adequado os serviços de saúde disponíveis devido à falta de directrizes e orientações e não beneficiam dos progressos alcançados nas tecnologias da medicina e da saúde. Não dispõem de informações correctas sobre os serviços existentes nem têm os necessários meios económicos e sociais que lhes dêem a possibilidade de tomar decisões esclarecidas para proteger a própria saúde (p.4).

Parece, pois, de primordial importância a questão da acessibilidade dos adolescentes aos serviços de saúde em geral, mas particularmente aos técnicos de saúde enquanto vectores de Educação para a Saúde. Neste particular, e segundo Rodrigues, Pereira e Barroso (2005) os enfermeiros são educadores por excelência, e pela sua formação, experiência e competência diferenciada em diversas dimensões dos cuidados de saúde, têm no contexto das equipas de saúde um papel preponderante. Ao longo da sua formação, o enfermeiro adquire e desenvolve competências pedagógicas para planear, executar e avaliar actividades de promoção de saúde e *empowerment* da população que serve, estando, assim, capacitado para desenvolver parcerias com esta, identificando situações de saúde e ajudando as pessoas a adoptar estilos de vida saudáveis e a optimizar o trabalho adaptativo.

## **6.7. Outras Fontes e Cenários de Educação para a Saúde**

Outras fontes e cenários, onde potencialmente se desenvolvem acções de Educação para a Saúde, incluem os Serviços Sociais, os pares e a comunidade em sentido lato. Estes cenários podem promover a saúde e o bem-estar dos adolescentes, proporcionando-lhes um ambiente indutor do desenvolvimento sanitário ou, pelo contrário, podem originar condições perigosas e hostis, prejudiciais à saúde e ao desenvolvimento (WHO, 2001).

No caso específico do grupo de pares, estes são frequentemente vistos como um mecanismo através do qual os comportamentos relacionados com a saúde dos jovens podem ser influenciados. Settertobulte e Matos (2004), referem que o grupo de pares afecta decisivamente os comportamentos e atitudes de saúde pela influência e reforço que exerce sobre as normas e valores, estabelecendo uma identidade social e cultural e conferindo modelos de comportamentos. Salientam ainda que, numa perspectiva de saúde, esta influência é complexa, podendo promover quer comportamentos de risco, quer comportamentos protectores.

Em Portugal, não obstante o longo caminho a percorrer, várias iniciativas comprovam o reconhecimento da importância da Educação para a Saúde como estratégia de promoção da saúde. Estas passam pela Lei de Bases do Sistema Educativo que possibilita a inclusão nos planos curriculares do ensino básico de uma área de formação pessoal e social focalizada na Educação para a Saúde (Lei n.º 115/97, de 19 de Setembro), pela introdução da Educação Sexual nas escolas (Lei nº 120/99 de 11 de Agosto), pela adesão das escolas à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde, pela recente assinatura do protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2006), e aprovação do Programa Nacional de Saúde Escolar (Direcção-Geral da Saúde, 2006), e até pelo papel desempenhado pelos meios de comunicação de massas, onde se destacam quer as publicações periódicas, quer os artigos de jornalismo científico na área da saúde, os programas televisivos, as campanhas direccionadas e os canais temáticos entretanto surgidos.

Nos esforços efectuados para melhorar a saúde das pessoas, contexto onde as práticas e comportamentos determinantes da saúde têm relevo especial, parece-nos fundamental a integração da Educação para a Saúde numa perspectiva Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS), onde o incremento de níveis de literacia científica em geral e de literacia de saúde em particular, se assumem como vectores essenciais.

## **7. A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO EXERCÍCIO DA CIDADANIA**

Como âmbito social do conhecimento e da prática, a Educação para a Saúde é objecto de debate e controvérsia. Não se discorda dos seus bons propósitos, mas debate-se a questão dos seus limites, do seu campo de intervenção, onde começa e onde acaba. A este facto não é alheia a imprecisão que ainda encerram os conceitos de saúde, de qualidade de vida ou de bem-estar. Por outro lado, é difícil dizer quando determinada prática pedagógica entra na categoria da Educação para a Saúde, ou quando uma prática de educação sanitária deixa de ser Educação

para a Saúde e passa a ser uma prática educativa diferente (Costa & López, 1998). Não obstante, parece claro que a educação é vital para a saúde. Pessoas com baixos níveis de educação em crianças têm maior probabilidade de ter uma saúde pobre em adultos, e promovendo a educação para todos está-se a combater uma das causas das desigualdades em saúde (Department of Health, 1999).

A literacia científica em geral, e a literacia em saúde em particular, são fundamentais para o pleno exercício da cidadania, aspecto de particular importância na construção de sociedades mais igualitárias.

A difusão científica vem sendo apontada como instrumento, e mesmo como movimento social, capaz de intermediar o fortalecimento da cidadania e a melhoria da saúde das populações (Bizzo, 2002). Um cidadão literado cientificamente é aquele que usa conceitos e procedimentos científicos e se guia por valores na tomada de decisões no dia-a-dia ao interagir com os outros e com o ambiente, que compreende as inter-relações ciência-tecnologia e outras dimensões da sociedade como a económica e a social (OCDE, 2004).

A literacia científica, entendida como a capacidade de usar conhecimento científico para identificar questões, para estabelecer conclusões a partir de provas, com a intenção de compreender e ajudar a tomar decisões sobre o mundo natural e sobre as modificações nele operadas pela actividade humana, reveste-se de grande importância na educação para a saúde.

Segundo Kickbusch (2001), são bem conhecidos e investigados os múltiplos efeitos positivos da educação e literacia (em geral) na saúde das populações. Mas, apesar da literacia geral ser um importante determinante de saúde, não é suficiente para fazer face aos grandes desafios que as sociedades mais desenvolvidas ou em vias de desenvolvimento enfrentam.

O conhecimento científico deve ser formalizado e objectivado para uma forma de difusão que possa ocorrer na educação para saúde em instituições de cuidados de saúde, nas escolas (por exemplo, no ensino de ciências) ou noutros contextos. Neste processo mantém-se a exigência de precisão, profundidade, explanação de mecanismos de doença e metabólicos, clareza e actualidade (Bizzo, 2002).

A literacia em saúde foi definida pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998a) como o conjunto de habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar informação como forma de promover e manter uma boa saúde. Para Kickbusch (2001), esta forma de literacia assume uma importância crescente no desenvolvimento social, económico e da saúde das sociedades actuais. Um índice de literacia em saúde poderia tornar-se um importante indicador do resultado da promoção de saúde e das actividades de prevenção, poderia documentar as competências de saúde e as

capacidades da população de um determinado país, comunidade ou grupo, e poderia ser relacionado com um conjunto de resultados económicos, sociais e de saúde.

De facto, o pouco questionamento da população em geral face às questões de saúde deve-se, frequentemente, à sua baixa literacia em saúde (Bizzo, 2002). O analfabetismo funcional em saúde (*functional health illiteracy*) é, para Erlen (2004), uma inaptidão silenciosa que afecta milhões de pessoas e requer a atenção dos profissionais de saúde. Segundo esta autora, a inadequada literacia em saúde levanta questões éticas porque é uma barreira para os cuidados de saúde, na medida em que pode tornar os utentes menos cooperativos, menos activos na prática de medidas preventivas, e incapazes de tomar decisões relacionadas com saúde, ou até levá-los a tomar decisões que afectam negativamente a sua saúde.

Apesar da importância que se lhe reconhece, apenas no ano 2000, e pela primeira vez, foi incluído dentro dos objectivos nacionais no âmbito da saúde nos Estados Unidos, publicados pelo *Department of Health and Human Services*, um objectivo para melhorar a literacia em saúde. Este objectivo foi integrado num capítulo dedicado à Comunicação de Saúde, e era muito geral - melhorar a literacia em saúde de pessoas com inadequadas ou marginais habilidades de literacia em geral. Não apresentava, contudo, nenhuma medida estabelecida de literacia de saúde para ser usada na monitorização do progresso em relação a este objectivo (Department of Health and Human Services, 2000).

Tal como a literacia científica, também a literacia em saúde é fundamental para que as pessoas integrem a promoção da saúde no exercício da sua cidadania. Citando Merchán-Hamann (1999):

Pensamos que há a possibilidade de criar uma prática democrática da educação para a saúde que eduque na contemplação e valorização da diversidade e que confira poder aos sujeitos com base na busca permanente de valores de cidadania e da construção de uma sociedade mais justa (p.91).

Num cenário em que o desenvolvimento constitui uma ameaça à saúde individual e colectiva das pessoas, quer pelo estilo de vida que “impõe”, quer pela poluição que produz e recursos que esgota, é imperativo enquadrar a saúde individual como resultante da saúde colectiva e de um modelo de vida e desenvolvimento, que está dependente das opções políticas e económicas ao nível do governo das sociedades.

Como é referido por Silva (2002), a promoção da saúde em geral e a educação para a saúde em particular, não podem ser encaradas apenas como tarefas individuais e isoladas, mas antes como tarefas de cidadania organizadas, em que se verifique a participação activa dos cidadãos nos processos de decisão, e de responsabilidade governativa.

Parece imprescindível uma participação mais activa e global das populações na promoção da saúde. Mas para que esta participação possa ser efectiva, há que as tornar capazes de tomar decisões fundamentadas acerca do que é melhor para o seu bem-estar individual e colectivo.

As últimas décadas do século XX tornaram mais evidente a crise da visão tradicional da ciência e da tecnologia como entidades isoladas das controvérsias sociais. O aparecimento de uma orientação académica que reclama a contextualização social da tecnologia e da ciência, tem vindo a coincidir com o crescente questionamento social da autonomia do desenvolvimento tecnológico e da supremacia dos especialistas na tomada de decisões sobre esse desenvolvimento tecnológico (Santos, 1999; Gordillo *et al*, 2000).

A expressão “Ciência, Tecnologia e Sociedade” (CTS) define um campo de trabalho académico cujo objecto de estudo é constituído pelos aspectos sociais da ciência e da tecnologia, tanto no que concerne aos factores sociais da ciência que influem na mudança científico-tecnológica, como no que diz respeito às suas consequências sociais e ambientais (Bazzo *et al*, 2003). Este movimento, ou perspectiva, alcançou um elevado grau de desenvolvimento quer a nível académico, orientando estudos sobre tecnologia e ciência socialmente contextualizados, quer a nível do activismo social, suportando a legitimação de posições críticas à ideia de que qualquer avanço tecnológico e científico será socialmente positivo e, logo, aceite à priori pela opinião pública (Gordillo *et al*, 2000). Um dos seus principais objectivos é, citando Santos (1999):

(...) o desenvolvimento de uma cidadania individual e social para lidar com problemas que têm dimensões científicas e tecnológicas, num contexto que se entende para além do laboratório e das fronteiras das disciplinas (p.25).

A democracia pressupõe que também os cidadãos, e não apenas os seus representantes políticos, tenham a capacidade de entender alternativas e, entendendo-as, expressar opiniões e tomar decisões bem fundamentadas. Nesse sentido, o objectivo da educação em CTS é a alfabetização para propiciar a formação de amplos segmentos sociais de acordo com a nova imagem da ciência e da tecnologia, que emerge ao ter em conta o seu contexto social (Bazzo *et al*, 2003), e prepará-los melhor para lidar com as realidades da vida actual (Silva, 1999).

Também em Educação para a Saúde estes princípios nos parecem fundamentais, na medida em que é importante tentar juntar Saúde e Sociedade com tópicos como violência, problemas sanitários, ou controvérsias científicas que envolvam, por exemplo, os alimentos, o ambiente, a poluição, os medicamentos, as drogas.

A Educação para a Saúde requer que se processem, de forma progressiva, aproximações interdisciplinares relacionando a educação ambiental e educação para a cidadania (Giordan,

2000). Conhecendo melhor suas próprias condições de saúde (incluindo as causas e consequências), os indivíduos poderão actuar como agentes do seu próprio desenvolvimento, e não apenas como receptores passivos de ajuda, pois a mera prescrição de comportamentos ou atitudes torna-os mais dependentes, por vezes com perda da própria autonomia (Bizzo, 2002).

Ao analisarmos as cinco fases que, segundo Bazzo *et al* (2003), as unidades curriculares CTS contemplam, quer estejam integradas em programas já estabelecidos em ciência, tecnologia e engenharia, em ciências sociais ou em cursos de artes e línguas, quer estejam estruturadas como cursos independentes, podemos verificar a sua importância e potencial na literacia em saúde, e particularmente na responsabilização individual pela promoção da saúde colectiva. As cinco fases a que estes autores se referem são (1) a formação de atitudes de responsabilidade pessoal em relação ao ambiente e à qualidade de vida; (2) a consciencialização quer do conteúdo científico-tecnológico, quer dos efeitos das diferentes opções tecnológicas sobre o bem-estar dos indivíduos e o bem-estar comum; (3) a consideração dos factores científicos, tecnológicos, éticos, económicos e políticos na tomada de decisões; (4) a acção individual e social responsável, orientada a levar para a prática o processo de estudos e tomada de decisões, geralmente em colaboração com grupos comunitários; e (5) a generalização e considerações mais amplas de teoria e princípio, incluindo a natureza “sistémica” da tecnologia e dos seus impactos sociais e ambientais, a formulação de políticas nas democracias tecnológicas modernas, e os princípios éticos que possam guiar o estilo de vida e as decisões políticas sobre o desenvolvimento tecnológico.

## **8. A AVALIAÇÃO DA EFECTIVIDADE DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

A avaliação do efeito das acções de promoção de saúde, entre as quais a Educação para a Saúde, constitui um debate actual. A definição e medição dos resultados pertinentes das várias acções para a promoção de saúde, bem como as metodologias de avaliação dos resultados e da forma como são alcançados incluem-se neste debate, onde predomina a noção de que a avaliação da prática de acções de promoção de saúde, porque envolve fenómenos sociais de grande complexidade cultural e psicológica, problemas políticos e ideológicos entre outros, se reveste de dificuldades várias.

A fixação de objectivos é uma prática comum das políticas de saúde em muitos países, e desempenha um papel de grande importância na prossecução das acções para a promoção de saúde (Buck *et al*, 1997). Actualmente começa-se a prestar uma atenção considerável aos resultados de saúde entendidos como mudanças na saúde de um indivíduo ou grupo, que possam

ser atribuídas a uma intervenção ou a uma série de intervenções de promoção de saúde. Esta atenção dispensada aos resultados justifica-se pela percepção da necessidade de melhorar a eficiência dos investimentos realizados, e decidir mais racionalmente em que intervenções se deve investir (Nutbeam, 1998). Porém, para se verificar se os objectivos são alcançados, é necessário que os progressos sejam monitorizados (mensuração), e que as razões para esse progresso sejam entendidas e, de facto, atribuídas às acções de promoção de saúde levadas a cabo. E, neste sentido, algumas questões são colocadas. Desde logo interessa questionar se sabemos o suficiente, sobre o progresso e as suas causas, para implementar qualquer acção correctiva necessária, e por outro lado se temos a informação e as ferramentas necessárias para alcançar a pleora de objectivos de saúde preconizados nos vários documentos da Organização Mundial de Saúde (Buck *et al*, 1997).

O actual Programa Nacional de Saúde Escolar (Direcção-Geral da Saúde, 2006) preconiza que a avaliação da efectividade dos projectos de promoção da saúde ponha em evidência o processo e os resultados, considerando, nomeadamente: (1) em que medida o projecto teve a participação da comunidade educativa, contribuiu para a mudança das políticas da escola e teve controlo de custos (dimensão organizacional); (2) em que medida o projecto desenvolveu uma abordagem holística do tema e melhorou as práticas da escola (dimensão curricular); (3) em que medida tornou o ambiente escolar mais seguro e saudável (dimensão ecológica); (5) em que medida melhorou o relacionamento intra e interpessoal na escola (dimensão psicossocial); (6) em que medida o projecto estabeleceu uma boa articulação com a comunidade extra-escolar (dimensão comunitária); e (7) em que medida o projecto aumentou as competências em saúde de alunos, pais e professores e evidencia ganhos em saúde (indicadores de saúde positiva).

Os consideráveis progressos na compreensão da complexidade das actividades de promoção da saúde acentuam, na opinião de Nutbeam (1998), a complexidade que reveste a investigação das formas da sua avaliação. Este autor realça ainda o facto de, em acções de promoção de saúde, os resultados mais evidentes tenderem a ser a longo prazo, e desse modo serem menos predizíveis, controláveis e mensuráveis por meios convencionais, e também o facto de a tensão existente entre o “rigor científico” e os ganhos de saúde percebidos a longo prazo, a sua efectividade e manutenção, colocar vários problemas técnicos em avaliação. A este propósito refere que estudos longitudinais, e que combinem vantagens das metodologias quantitativas e qualitativas parecem ser os mais adequados. Também Hepworth (1997) é da opinião que, ao contrário do que acontece com a avaliação das intervenções em cuidados médicos clínicos (num modelo biomédico), a avaliação da prática de acções de promoção de

saúde, porque envolve fenómenos sociais de grande envolvimento cultural e psicológico, problemas políticos e ideológicos entre outros, requer métodos quantitativos e qualitativos.

\* \*  
\*

Neste capítulo foram focados alguns aspectos ligados à educação para a saúde, com ênfase especial nos seus objectivos e potencial como estratégia para mudar práticas e comportamentos. Foram também abordadas as fontes e cenários privilegiados para a educação para a saúde, a sua importância no desenvolvimento da cidadania, e alguns aspectos ligados à dificuldade de mensuração da efectividade das intervenções de Educação para a Saúde. No capítulo seguinte deste trabalho iremos contextualizar alguns destes aspectos, com enfoque nas práticas e comportamentos alimentares de um grupo específico, o dos adolescentes e jovens.

## **CAPÍTULO II**

### **A SAÚDE DOS ADOLESCENTES E JOVENS**

Não obstante a adolescência ser uma fase crucial para um desenvolvimento da saúde conducente a uma população saudável, nem por isso se verifica uma melhoria dos indicadores de saúde nesta faixa da população, nomeadamente no que diz respeito às taxas de mortalidade e de morbilidade. As práticas e comportamentos determinantes de saúde, que integram os estilos de vida dos adolescentes e jovens, parecem ter um papel determinante neste facto. As características desta fase de desenvolvimento com transformações fisiológicas, cognitivas e sócio-afectivas notórias, associadas à descoberta da identidade, não deverão pois ser menosprezadas na identificação dos factores (de risco e protecção) que influenciam as opções comportamentais para a saúde.

#### **1. A ADOLESCÊNCIA E A JUVENTUDE**

A adolescência é definida como um período de transição entre a infância e a idade adulta, que se caracteriza por alterações fisiológicas rápidas e objectivas, tais como um crescimento rápido, maturação do sistema reprodutor e alterações no aspecto físico. Nesta passagem da dependência da infância para a interdependência da idade adulta, ao longo de um processo de maturação progressiva, ocorre um significativo desenvolvimento psicossocial, em particular nos aspectos emocionais, intelectual e espiritual (WHO, 2001). Biologicamente é marcada pelo começo da puberdade, cujo momento preciso depende do instrumento de medida ou do critério adoptado. Nas raparigas o início da menstruação (menarca) é um sério indicador, tal como o é, nos rapazes, o momento da primeira ejaculação (espermarca). Acontece mais tarde nos rapazes do que nas raparigas. Depois deste período os adolescentes tornam-se sexualmente maduros e podem potencialmente tornar-se pais (Smith *et al*, 2001).

Nesta fase ocorre um conjunto de modificações neuro-endócrinas, imperceptíveis para o adolescente e para aqueles com quem priva, e que se traduzem em manifestações morfológicas, funcionais e de comportamento com significado psicológico e social importante (Gaspar, 1999).

A adolescência, tal como a conhecemos hoje, é uma realidade histórica relativamente recente que surge em meados do século XIX, altura em que o controle das famílias sobre as crianças se estendeu até ao casamento. Esta actual concepção representa o produto de um maior prolongamento temporal entre a maturidade biológica e o assumir de papéis sociais de adulto (Braconnier & Marcelli, 2000, Prazeres, 2002). Alguns autores afirmam mesmo que a representação de uma “juventude”, que se constitui como grupo autónomo, contestatário ou marginal relativamente ao mundo adulto, é ainda mais recente, só sendo detectável depois da Segunda Guerra Mundial. Hoje, a adolescência é considerada “(...) *uma etapa do desenvolvimento humano, que pressupõe a passagem de uma situação de dependência infantil para a inserção social e a formação de um sistema de valores que definem a idade adulta*” (Sampaio, 1994, p.241).

As alterações físicas decorrentes da puberdade têm efeitos psicológicos. O adolescente começa a tomar consciência do seu desenvolvimento sexual e das alterações a nível do tamanho e forma do corpo, tom de voz, textura da pele e pêlos faciais e corporais que lhe estão associados (Gaspar, 1999). Nesta fase é natural que tenham dúvidas, que podem assumir a forma de sentimentos de perplexidade e preocupação face ao corpo em mudança (elegância, beleza, acne, etc...), de comparação com os outros jovens, de timidez e insegurança (Marques *et al*, 2000).

Apesar de ser relativamente fácil determinar o início da adolescência, fazendo-o coincidir com o início da puberdade, já é mais difícil dizer quando é que esta termina.

Segundo Claes (1990), a adolescência termina com a entrada do indivíduo na sociedade dos adultos, e salienta que, apesar do acesso ao estatuto adulto não estar definido por critérios precisos e unanimemente reconhecidos, um certo número de acontecimentos marcam esta passagem, como sejam o entrar no mercado de trabalho, deixar a casa familiar ou comprometer-se numa vida de casal.

Tavares e Alarcão (1992) delimitam a fase da adolescência ao período compreendido entre os 11/12 anos e os 19/21 anos, mas salientam o facto de este tender a prolongar-se na sociedade actual. Consideram na adolescência três períodos distintos: (1) fase inicial – puberdade ou pré-adolescência e que se situa entre os 11 e os 14 anos; (2) fase intermédia – adolescência propriamente dita e que se situa aproximadamente entre os 13 e os 16 anos; e (3) fase final – a juventude, que se situa aproximadamente entre os 15 e os 21 anos.

Nos textos anglo-saxónicos são comuns os termos como *late adolescents*, *middle adolescents* e *early adolescents*, traduzidos frequentemente por “adolescentes finais”, “adolescentes médios” e “adolescentes iniciais” respectivamente. Já a *World Health Organization*, segundo Prazeres (2002), considera, na maioria dos documentos, a adolescência e

a juventude como os períodos da vida que medeiam entre os 10 e os 19 anos e entre os 15 e os 25 anos, respectivamente.

De acordo com Tavares e Alarcão (1992), na fase inicial da adolescência a estrutura da personalidade parece ser determinada essencialmente pela componente física, somática, orgânica, em que as transformações são mais ou menos aceleradas e a instabilidade do comportamento se manifesta, por vezes, de uma forma brusca e agressiva na procura e na afirmação da sua própria identidade, com repercussões mais ou menos profundas nos diferentes aspectos da sua personalidade. Já na fase intermédia, começa a emergir o adolescente intelectual e idealista, verificando-se uma transição do exercício operatório de uma inteligência concreta para uma inteligência formal e abstracta, através da qual o adolescente procura afirmar a sua identidade de adulto no domínio do pensamento e das ideias. É nesta fase que os aspectos cognitivos começam a emergir como determinantes na estrutura da personalidade do indivíduo e a condicionar todo o seu comportamento. E na fase final, referem ainda, está em jogo o corte de tudo aquilo que lhe resta de criança e que mantém ainda o adolescente ligado aos pais, como sejam o sentimento de segurança e protecção, e também laços afectivos.

Nesta fase, a juventude, aproxima-se a entrada em pleno no mundo dos adultos e, de acordo com Prazeres (1998), a relação da dependência estreita da família passa a ser “temperada” por outras referências centradas no grupo de pares e noutros adultos fora do contexto familiar, referências essas que se tornam cada vez mais significativas.

Ao longo deste ciclo, o indivíduo modifica a representação que tem de si próprio e dos outros, e constrói a sua identidade psicossocial que traduz a progressiva elaboração do “*eu*” (do inglês *self*) que, segundo Claes (1990) é caracterizada pela: (1) aquisição de uma continuidade temporal do “*eu*”, que assume o passado da infância e detém as capacidades de projecção no futuro; (2) afirmação de um “*eu*” que se demarca das imagens parentais interiorizadas; e (3) comprometimento em escolhas que garantem a coerência do “*eu*”, principalmente através de opções profissionais, da polarização sexual e do comprometimento ideológico.

Os jovens tendem a criar grupos de pertença que desenvolvem subculturas próprias, diversificam as personalidades de culto, e fazem proliferar estilos de vida díspares, não obstante o contexto social contemporâneo poder induzir a massificação de ideias e de comportamentos (Prazeres, 2002). É nas práticas e comportamentos que integram os estilos de vida assumidos, que residem os principais determinantes da sua saúde individual e colectiva, com um grande impacto ao longo da vida.

## 2. AS PRÁTICAS E OS COMPORTAMENTOS DOS ADOLESCENTES E JOVENS

Em contraste com que se verifica para outros grupos, a morbidade e mortalidade verificada no escalão etário dos 10 aos 25 anos nos países ocidentais não tem decrescido nas últimas décadas. Por ser considerada uma faixa etária saudável devido às baixas taxas de mortalidade e morbidade, este grupo foi tendencialmente considerado como de baixa prioridade para as intervenções relacionadas com a saúde (Raphael, 1996; Lee & Tsang, 2004).

Actualmente, devido a uma melhor compreensão da adaptação às mudanças a que os adolescentes estão sujeitos, alterou-se a percepção de que estes são, por norma, saudáveis. Citando a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001) ao referir-se à saúde dos adolescentes:

É evidente que são vulneráveis e que se encontram em risco face à morbidade e à mortalidade. A má saúde dos adolescentes é muitas vezes fruto de ambientes insalubres, de sistemas inadequados de apoio à promoção de estilos de vida saudáveis, da falta de informações correctas e de serviços de saúde insuficientes ou desajustados (p.1).

A adolescência é um período de tremendas alterações nos contextos físicos e psicológicos, económicos e sociais dos comportamentos de saúde (Gabhainn, 2004). E os padrões de comportamentos que se estabelecem precocemente são frequentemente mantidos durante a idade adulta (WHO, 2001; Gabhainn, 2004; Torsheim *et al*, 2004).

Na perspectiva das ciências sociais, a saúde dos adolescentes é considerada de duas formas: como uma transição bem sucedida e como uma capacidade de enfrentar o meio com sucesso e bem-estar (*successful coping*). Já na perspectiva mais tradicional da saúde o enfoque é colocado na ausência de morbidade e mortalidade, e ainda no desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e na evitação de comportamentos de risco (Raphael, 1996).

Sendo a saúde um recurso, o investimento em saúde pública é um tema não apenas de prevenção ou cura de doenças, mas também de capacitação das pessoas para funcionarem de modo óptimo face às exigências e desafios. E na adolescência a saúde é um recurso particularmente importante na medida em que uma saúde pobre pode ter a longo prazo efeitos negativos (WHO, 2001; Gabhainn, 2004; Torsheim *et al*, 2004).

Os jovens precisam de lidar com vários desafios durante a sua transição para a vida de adultos. Estarem de boa saúde – fisicamente, emocionalmente e socialmente – ajuda-os a lidar produtivamente com as suas mudanças. Promover a saúde dos jovens pode trazer, a longo prazo, benefícios individuais e sociais (Torsheim *et al*, 2004).

Na investigação dos comportamentos de saúde dos jovens, o *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study* é um estudo considerado ímpar porque, para além de

monitorizar a saúde e os comportamentos de saúde ao longo do tempo e em vários países, investiga o contexto familiar, o ambiente escolar, os pares, e o ambiente socioeconómico no qual eles crescem, para compreender que factores moldam e influenciam a sua saúde e os seus comportamentos de saúde (Currie & Roberts, 2004).

O estudo HBSC teve o seu início em 1983/1984 na Inglaterra, Finlândia, Noruega, Áustria e Dinamarca, e o seu mais recente relatório é relativo aos anos 2001/2002 e envolve 35 países, incluindo Portugal que iniciou a sua participação em 1997/1998. Neste estudo (2001/2002) participaram 162 306 adolescentes com idades entre os 11 e os 15 anos. Destes, 2940 eram Portugueses (1419 rapazes e 1521 raparigas).

Nos Estados Unidos foram identificados seis comportamentos de risco, adoptados pelos adolescentes e jovens, e que de certo modo podem justificar o facto de não se verificarem decréscimos nas taxas de morbilidade e mortalidade neste grupo. Esses comportamentos de risco incluem comportamentos dietéticos insalubres, e inactividade física, danos não intencionais (acidentes) e violência, consumo de tabaco, de álcool e uso de outras drogas, comportamentos sexuais (Christopherson & Jordan-Marsh, 2004). O mesmo padrão é observado na maioria dos países europeus (European Commission, 2003; Currie & Roberts, 2004; Ministério da Saúde, 2004b).

Esta situação abrange também Portugal, país onde se verifica um aumento dos comportamentos de risco entre os jovens, nomeadamente do sedentarismo e desequilíbrios nutricionais (Ministério da Saúde, 2004b).

É com base nestes dados que passamos a descrever as práticas e comportamentos dos adolescentes e dos jovens, nomeadamente em relação às práticas e comportamentos alimentares. Apresentaremos dados de estudos internacionais e destacamos a situação relativa a este grupo etário em Portugal.

## **2.1. A alimentação**

A alimentação é uma necessidade fundamental do ser humano e é um dos factores que mais afecta a saúde. O aforismo “somos o que comemos” traduz bem este facto. Segundo Rozin *et al* (1999), para os seres humanos, a comida é o maior contribuinte para o bem-estar físico, a maior fonte de prazer mas também de *stress*, de preocupação e de despesa.

Os alimentos são fundamentais para a sobrevivência, segurança e bem-estar da humanidade. Esta consciencialização conduz à necessidade do estabelecimento de uma relação de confiança com os alimentos de que dispomos.

Há cerca de 20 anos atrás esta confiança parecia mais sólida e, sobretudo, com expectativas de se fortalecer cada vez mais. Gonçalves Ferreira, na sua obra *Nutrição Humana* (Ferreira, 1983) referia que:

...o alimento é hoje em termos da vida do homem qualquer coisa que se conhece suficientemente bem – na composição, na produção e na utilização – para se pensar que todos os indivíduos poderão vir a dispor dele e consumi-lo de acordo com as suas necessidades, sem riscos para a saúde (p.1221).

Mas verificamos hoje que muitos dos problemas de saúde que afectam as populações, estão relacionados com o consumo de alimentos.

A alimentação saudável é um pré-requisito para a saúde em qualquer das etapas da vida. A adopção de hábitos alimentares saudáveis é fundamental na promoção da saúde e prevenção das doenças (Calado, 1998; Lytle, 2003). Na adolescência, uma alimentação saudável é aquela que possibilita o desenvolvimento máximo consentido pelas características genéticas, que incrementa a capacidade de resposta imune e de realizar trabalho e demais actividades da vida de relação, que contribui para as aptidões escolares e diferenciação profissional ao beneficiar a capacidade mental e favorecer a atenção, que impede o desenvolvimento de doenças ligadas aos excessos (obesidade, diabetes tipo II, hipertensão, aterosclerose, doença mental, e outras), que possibilita ao organismo funcionar e reparar as estruturas e regular a produção e eliminação de calor de modo a manter constantes a temperatura corporal e permitir o metabolismo adequado (Martins, 1995).

Há mais de uma década que organizações internacionais, nacionais e profissionais, como a Organização Mundial de Saúde e a *American Heart Association* entre outras, defendem e disseminam directrizes para uma alimentação saudável, recomendando a todas as pessoas (a partir dos dois anos de idade) a adopção de uma dieta rica em frutas e vegetais e pobre em gordura total (não mais do que 30% do total de calorias diárias) e em ácidos gordos saturados (menos de 10% das calorias diárias). Não obstante, a maioria das crianças e dos adolescentes consomem demasiadas gorduras totais, ácidos gordos saturados e açúcar, e quantidades insuficientes de frutas, vegetais e cálcio (Lytle, 2003).

As dietas ricas em calorias e lípidos estão associadas a maior risco de doenças cardiovasculares, diabetes e certos tipos de cancro. Pelo contrário, existem associações inversas entre o consumo de alimentos vegetais e esses tipos de cancro, de diabetes e também de obesidade (Ferrari & Torres, 2002).

O comportamento alimentar das populações em geral, e dos jovens em particular, tem sido amplamente investigado, e as diferenças dos padrões têm sido destacadas e são vastas.

O consumo de frutas e vegetais por parte das crianças está relacionado com diferentes factores e não é clara a sua relação com o nível sócio-económico, formação académica,

conhecimentos de nutrição e saúde, e crenças acerca das dietas, quer das crianças quer das suas mães. A promoção do comportamento alimentar saudável nas crianças parece requerer uma atenção especial à educação nutricional e às práticas alimentares dos seus pais (Gibson *et al*, 1998).

Contento *et al* (1988), num estudo sobre as escolhas alimentares dos adolescentes, identificou cinco orientações de consumo diferentes: consumo por prazer (*hedonistic*) consumo social/ambiental, consumo pessoal, consumo por influência do grupo de pares (*peer-supported*) e consumo por orientações de saúde dos pais (*parent supported health orientations*).

Num estudo de natureza qualitativa que envolveu 1005 indivíduos finlandeses com idades entre os 18 e os 81 anos, e em que se avaliaram as suas orientações em relação às características *hediónicas* e às características salutogénicas dos alimentos, Roininen *et al* (1999) verificaram que as mulheres estavam mais interessadas nos aspectos relacionados com a salubridade e com o sabor dos alimentos do que os homens, e que os jovens estavam menos preocupados com a saúde e mais interessados com o sabor dos alimentos do que os mais velhos. Verificou-se nas mulheres e nos jovens mais apetência para comer doces, e que tanto as mulheres como os homens têm forte tendência para usar a comida para se recompensarem. Os mais velhos mostraram-se, na generalidade, mais interessados na prática de dietas saudáveis e no uso de produtos naturais do que os mais jovens, e os indivíduos com mais apetência para comer doces e para usar a comida como recompensa mostraram orientar as suas escolhas mais nos aspectos hediónicos dos alimentos e menos na sua salubridade, o que sugere que consideram os alimentos saturados de gordura mais agradáveis e que os usam para satisfazer os seus desejos e para se recompensarem.

Berg *et al* (2000), num estudo realizado na Suécia com crianças entre os 11 e os 15 anos de idade, verificaram que as atitudes relacionadas com consumo de leite e de pão foram influenciadas pelas suas convicções acerca dos aspectos sensoriais e dos aspectos salutogénicos desses alimentos. As raparigas e as crianças mais velhas revelaram maior conhecimento sobre as alternativas mais saudáveis e as crianças mais velhas, de ambos os sexos, revelaram maior tendência para escolher opções mais saudáveis.

Em Portugal, nos resultados de um inquérito para avaliação do conhecimento nutricional da população estudantil da Universidade de Coimbra, aplicado por Castilho e Silveira (1991) a 278 alunos dos 18 aos 26 anos, verificou-se em ambos os sexos percentagens relativamente elevadas de jovens que não ingeriam alimentos a meio da manhã (69% dos rapazes e 57% das raparigas) e que comiam pouco pão e fruta, assim como percentagens relativamente elevadas (52,7% dos rapazes e 36,2% das raparigas) que possuem uma noção

pouco precisa sobre o que é uma alimentação equilibrada. Não obstante, a maioria dos inquiridos considerou a alimentação equilibrada importante para o seu bem-estar.

Um estudo efectuado com 185 adolescentes portugueses de ambos os sexos, escolarizados e de 16 anos (Calado, 1998), revelou um grande desconhecimento dos adolescentes estudados (46,1%) sobre a relação entre os alimentos e a sua composição em gorduras alimentares. Não obstante, os inquiridos revelaram-se maioritariamente favoráveis ao consumo de alimentos pobres em gorduras e maioritariamente desfavoráveis ao consumo de alimentos pobres em fibras. No que se refere aos comportamentos alimentares, verificou-se que apesar do consumo de fibras alimentares, principalmente fornecidas pelo grupo alimentar do pão e farinhas, atingir valores muito aceitáveis (17,6g /dia), existia um acréscimo, quanto ao recomendado, no consumo de gorduras totais, monoinsaturadas e colesterol. O principal fornecedor destas gorduras era o grupo alimentar da carne e seus derivados, e os ovos o principal fornecedor de colesterol.

Investigações conduzidas pela equipa de estudos de doenças do comportamento alimentar, do Hospital de Santa Maria mostraram que a percentagem de mulheres a desejar perder peso ultrapassa a percentagem de mulheres com excesso de peso (num dos estudos, 97% de mulheres com peso normal desejava emagrecer), que o medo de engordar e o comportamento de dieta para perder peso são frequentes na população feminina e que mais de 10% das raparigas de peso normal ou baixo podiam estar a fazer dieta (Carmo, 1997).

Também num estudo da imagem corporal realizado com 420 adolescentes portugueses, alunos dos ensinos básico, secundário e superior (Gaspar, 1999), os dados mostraram que o número de raparigas que desejava ser mais magra foi significativamente superior ao número dos rapazes. Do total de adolescentes inquiridos, 11.2% (19% das raparigas e cerca de 3% dos rapazes) mencionam a gordura como o aspecto corporal que gostariam de modificar. Mais recentemente, num estudo efectuado por Dixe (2002), que envolveu 1388 estudantes portugueses do ensino secundário e superior, de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 14 e os 25 anos, os resultados mostraram que mais raparigas que rapazes estão insatisfeitos com o peso corporal. Quanto ao desejo de emagrecer, à preocupação com a dieta e à perseguição extrema da magreza, verificou-se também que, em média, os valores são mais elevados nas raparigas, independentemente da idade, e que estas apresentam maior risco de desenvolvimento de doenças ligadas ao comportamento alimentar.

Estas diferenças de género confirmam-se no estudo HBSC 2001/2002 onde se verificou que apesar da insatisfação com o peso corporal ser comum quer entre os rapazes quer entre as raparigas, muito mais raparigas percepcionaram o seu corpo como demasiado gordo (33% das raparigas e 20% dos rapazes) e relataram fazer dieta ou usar outras formas de perder peso

(17,5% das raparigas e 8,2% dos rapazes). Quer a insatisfação com o corpo, quer as estratégias para perder peso, aumentam muito com a idade entre as raparigas, mas não nos rapazes. Aos 15 anos cerca de 23% das raparigas relatam tentar perder peso (Morgan, 2004).

Ainda no estudo HBSC 2001/2002 (Vereecken *et al*, 2004) verifica-se que entre os adolescentes é comum o elevado consumo de doces (cerca de 1/3 dos jovens relataram comer doces e chocolates pelo menos uma vez por dia) e bebidas açucaradas (32% dos rapazes e 25% das raparigas relatam beber bebidas açucaradas todos os dias), e que um número significativo de jovens não toma o pequeno-almoço e consome poucas frutas e vegetais. Apenas 30% come fruta todos os dias e ainda menos são os que comem vegetais todos os dias. Foram também consideráveis as diferenças de idade e género que se verificaram no que diz respeito ao hábito de não tomar o pequeno-almoço (*skipping breakfast*), ao consumo de frutas e vegetais, e ao consumo de refrigerantes. Os rapazes relataram mais frequentemente tomar o pequeno-almoço do que as raparigas (69% e 60% respectivamente) e, para ambos os sexos, mais os jovens do que os mais velhos. Em relação ao consumo de bebidas açucaradas a percentagem de rapazes (32%) que relataram consumi-las diariamente foi maior do que a percentagem de raparigas (25%). Já em relação ao consumo de frutas (37% das raparigas e 30% dos rapazes) e de vegetais (34% das raparigas e 28% dos rapazes), verificou-se o contrário.

\* \*  
\*

Neste capítulo foram abordados alguns aspectos ligados à saúde dos adolescentes e jovens, e salientado o facto de este ser um grupo onde não se têm verificado uma melhoria acentuada em indicadores de saúde importantes como sejam as taxas de morbilidade e mortalidade. Deu-se particular importância à caracterização dos adolescentes e jovens em relação ao comportamento alimentar, comportamento este que integra os actuais estilos de vida, por muitos considerados os principais determinantes da saúde nesta faixa etária.

## **II Parte – CONTRIBUIÇÃO EMPIRICA**

## CAPÍTULO III

### METODOLOGIA GERAL

#### 1. OBJECTIVOS, QUESTÕES E HIPÓTESES

A parte empírica deste trabalho tem como objectivos:

- *Identificar as fontes de Informação de saúde que os estudantes do 9º ano do 3º Ciclo do Ensino Básico mais reconhecem, e o impacto, que percebem, da informação de saúde;*

- *Conhecer as práticas e comportamentos alimentares dos estudantes do 9º ano do 3º Ciclo do Ensino Básico;*

- *Saber qual o papel que desempenham a idade e o sexo no impacto da informação de saúde que percebem, no reconhecimento das fontes de informação de saúde e nas práticas e comportamentos alimentares;*

- *Averiguar a efectividade da Educação para a Saúde em contexto escolar no impacto da informação de saúde que percebem, no reconhecimento das fontes de informação de saúde e nas práticas e comportamentos alimentares.*

Ao longo deste trabalho, centrado nos estudantes do 9º ano do 3º Ciclo do Ensino Básico, procurámos responder às seguintes questões gerais:

- a) Quais as fontes de informação de saúde que os estudantes mais reconhecem?
- b) Qual a sua auto-percepção do impacto da informação de saúde?
- c) Que práticas e comportamentos alimentares dos estudantes são mais salutogénicas ou mais patogénicas?
- d) Qual o papel desempenhado pelo sexo, idade e frequência na escola de actividades de Educação para a Saúde, no reconhecimento das fontes de informação de saúde, na auto-percepção do impacto da Informação de Saúde e nas práticas e comportamentos alimentares?

O enquadramento teórico permite-nos deduzir uma hipótese geral para a qual procuraremos apoio empírico. Na sequência do que foi exposto relativamente à Educação para a Saúde, à interacção indivíduo-contexto, e às práticas e comportamentos alimentares dos adolescentes e jovens, *esperamos encontrar evidências do efeito da Educação para a Saúde em contexto escolar, na auto-percepção do impacto da informação de saúde, no reconhecimento de fontes de informação de saúde, e nas práticas e comportamentos alimentares.*

## 2. CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

A população alvo deste estudo são os estudantes que frequentam o 9º ano do 3º Ciclo do Ensino Básico em Leiria, no ano lectivo de 2005/2006. Tratando-se de um estudo de corte longitudinal a amostra foi recolhida em dois momentos distintos (o 1º momento em Dezembro de 2005 e o 2º momento em Junho de 2006), na Escola EB2,3 D. Dinis de Leiria, e é constituída por 117 alunos (59 rapazes e 58 raparigas, conforme consta no Quadro 1). A média de idades é de 14,56 anos (DP=0,88), conforme se pode observar no Quadro 2.

A técnica de amostragem utilizada foi não probabilística, por conveniência.

**Quadro 1** - Distribuição da amostra por sexos

<i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>P</i>
Masculino	59	50,40
Feminino	58	49,60
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,00</b>

**Quadro 2** - Média, desvios padrões, mínimos e máximos da idade, em função do sexo e para a globalidade da amostra

<i>Sexo</i> \ <i>Idade</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Masculino	14,66	0,88	14,00	17,00
Feminino	14,47	0,88	14,00	18,00
<b>Total</b>	<b>14,56</b>	<b>0,88</b>	<b>14,00</b>	<b>18,00</b>

## 3. CONTEXTO E PROCEDIMENTOS DE COLECÇÃO DOS DADOS

Aproveitando o desenvolvimento das actividades de Educação para a Saúde previstas no protocolo existente entre a Escola Superior de Saúde de Leiria e a Escola EB2,3 D. Dinis de Leiria, em que foram programadas e desenvolvidas, ao longo do ano lectivo, sessões em sala de aula e actividades extracurriculares envolvendo as turmas do 9º ano do Colégio D. Dinis e alunos do 4º ano do Curso de Enfermagem, versando temas que incluíram, entre outros, o comportamento alimentar saudável, aplicámos um instrumento de colheita de dados em dois momentos distintos. Uma primeira fase (questionário1) em Dezembro de 2005 e antes de ter decorrido o programa de intervenção em Educação para a Saúde, e uma segunda fase

(questionário2) em Junho de 2006, após ter sido concluído o programa de Educação para a Saúde. As versões dos questionários são apresentados como Apêndice A e Apêndice B.

Como se depreende, trata-se de um estudo longitudinal, e uma vez que os mesmos sujeitos são utilizados para fornecer os dados nos dois momentos podemos defini-lo, de acordo com Polit e Hungler (1995), como um *estudo de painel*. Por outro lado, e pelo facto de não termos recorrido a um grupo de controlo mas termos definido claramente dois momentos distintos com características *antes-após*, podemos referir que se trata de um desenho de investigação pré-experimental (Fortin, 1999).

As sessões de preenchimento dos questionários decorreram na Escola EB2,3 D. Dinis de Leiria, em todas as turmas do 9º ano, durante aulas previamente seleccionadas para o efeito, após o contacto e pedido de autorização efectuado junto dos Conselhos Directivos e Conselhos Executivos das Instituições envolvidas. Nestas aulas estiveram presentes um(a) professor(a) que recebeu instruções explícitas relativamente ao procedimento a adoptar e para assegurar o preenchimento individual e voluntário do questionário. Cada questionário continha instruções relativas ao preenchimento e à garantia da confidencialidade dos dados. Após o preenchimento, os questionários foram colocados, pelos alunos, num envelope de cartão opaco. Cada sessão durou aproximadamente 25 minutos.

Salienta-se o facto de todos os alunos do 9º ano envolvidos neste estudo terem assistido a 6 sessões de Educação para a Saúde, com 90 minutos de duração cada, e que decorreram de forma faseada ao longo do ano lectivo. Duas dessas sessões relacionaram-se com o comportamento alimentar. As sessões decorreram em sala de aula, e nelas participaram activamente alunos do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem. Foram utilizados meios audiovisuais (computador e projector multimédia), e a duração das sessões e os suportes de imagem e texto apresentados foram rigorosamente iguais para todas as turmas envolvidas no estudo. Os tópicos abordados nas sessões relativas às práticas e comportamentos alimentares incluíram a história da alimentação, a constituição dos alimentos (nutrientes), a Roda dos Alimentos, a noção de Alimentação Saudável, os principais erros dietéticos e os distúrbios alimentares mais frequentes.

Para todas as turmas envolvidas no estudo estas duas sessões constituíram-se os únicos momentos formais e programados em que o tema Alimentação Saudável foi abordado em contexto escolar, não obstante terem sido programadas e realizadas pelos adolescentes e jovens estudantes, ao longo do ano lectivo, actividades relacionadas com os temas expostos (*posters*, desenhos, pesquisas, etc...).

## **4. VARIÁVEIS**

### **4.1. Variáveis sócio-demográficas**

**Nome** – Primeiro e último nome do participante (questão nº.1, aberta). Variável introduzida para permitir o emparelhamento dos dados.

**Idade** - Idade de cada elemento, em anos (questão nº.2, aberta). Com base na idade definiram-se dois escalões etários: os adolescentes com 14 anos e os adolescentes com 15 ou mais anos.

**Sexo** - Masculino ou feminino (questão nº.3, fechada dicotómica : Mas. vs. Fem.).

### **4.2. Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde.**

As questões nº.4 à nº.17 constituem a EAPIIS - *Escala de Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde*. É constituída por catorze itens e pretende avaliar o impacto da informação de saúde percebido pelos estudantes. No original esta escala apresentou uma fidelidade de 0,83 a 0,85 para os itens e 0,85 para o total da escala. Quanto à validade dos itens, o valor mais baixo da correlação (entre cada item e o total da escala quando esta não contém o item) foi de 0,27 (Gaspar, 2006).

Com base nestas 14 questões fechadas com cinco respostas alternativas (*Nunca, Raramente, Às vezes, Frequentemente e Muito frequentemente ou Sempre*) pretende-se avaliar o Impacto da Informação de Saúde percebido pelos estudantes do 9º ano do 3º Ciclo do Ensino Básico. Os itens foram pontuados de 1, para a resposta *Nunca*, a 5 para a resposta *Muito frequentemente ou Sempre*. Pontuações mais elevadas correspondem a um impacto percebido, da informação de saúde, mais positivo.

### **4.3. Reconhecimento das Fontes de Informação de Saúde**

As questões nº.18 à nº.45, constituem a ERFIS - *Escala de Reconhecimento das Fontes de Informação de Saúde*. É constituída por vinte e oito itens e pretende mensurar o reconhecimento das fontes de informação de saúde pelos estudantes. No original esta escala apresentou uma fidelidade de 0,89 a 0,90 para os itens e 0,90 para o total da escala. Quanto à

validade dos itens, o valor mais baixo da correlação (entre cada item e o total da escala quando esta não contém o item) foi de 0,26 (Gaspar, 2006).

Com base nestas 28 questões fechadas com cinco respostas alternativas (*Nunca, Raramente, Às vezes, Frequentemente e Muito frequentemente ou Sempre*) pretende-se mensurar o reconhecimento das fontes de informação de saúde pelos estudantes do 9º ano do 3º Ciclo do Ensino Básico. Os itens foram pontuados de 1, para a resposta *Nunca*, a 5 para a resposta *Muito frequentemente ou Sempre*. Pontuações mais elevadas correspondem a um maior reconhecimento das fontes de informação de saúde.

#### **4.4. Práticas e Comportamentos Alimentares**

As questões nº.46 à nº.63, constituem a PCALIM – *Escala de práticas e comportamentos alimentares*. É constituída por dezoito itens e pretende avaliar as práticas e comportamentos alimentares auto-relatados pelos estudantes. No original esta escala apresentou uma fidelidade de 0,70 a 0,73 para os itens e 0,73 para o total da escala. Quanto à validade dos itens, o valor mais baixo da correlação (entre cada item e o total da escala quando esta não contém o item) foi de 0,20 (Gaspar, 2006).

Os itens foram pontuados de 1, para a resposta *Nunca*, a 5 para a resposta *Muito frequentemente ou Sempre*. Os últimos seis itens têm cotação inversa. Pontuações mais elevadas correspondem a práticas e comportamentos alimentares relatados mais salutogénicos.

### **5. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DAS ESCALAS**

Para que qualquer medição seja precisa é essencial que, primeiro, meça o que se pretende medir e não outro aspecto diferente ou parecido (esta característica designa-se *validade*), e segundo, que se a medição for repetida, nas mesmas condições e com os mesmos respondentes, o resultado obtido seja idêntico (esta característica designa-se *fidelidade*).

A inspecção da validade dos itens foi feita do seguinte modo:

- Inspeção da correlação de cada item com a escala total. Este procedimento foi efectuado para todas as escalas, e indica-nos se cada parte se subordina ao todo, isto é, se cada item se define como um bom operante do constructo geral que pretende medir (Streiner e

Norman, 1989; Vaz-Serra, 1994). De acordo com os critérios apontados por diversos autores (Nunnally, 1978; Streiner e Norman, 1989), estas correlações devem ser superiores a 0,20;

O estudo da fidelidade foi realizado de acordo com os seguintes critérios:

- Determinação do coeficiente Alfa de Cronbach, tanto para a globalidade dos itens como para o conjunto da escala após irem sendo excluídos, um a um. Este procedimento foi efectuado para todas as escalas. A determinação do coeficiente Alfa de Cronbach de todos os itens é uma medida da consistência global, tanto melhor quanto mais elevada a nota obtida. Segundo alguns autores, entre os quais Pais Ribeiro (1999) e Hill & Hill (2000), uma boa consistência interna deve exceder um  $\alpha$  de 0,80, mas são aceitáveis valores acima de 0,60 quando as escalas têm um número muito baixo de itens.

Seguindo estes critérios, mantivemos os 60 itens das escalas originais (14 relacionados com a auto-percepção do impacto da informação de saúde, 28 relacionados com as fontes de informação de saúde e 18 relacionados com as práticas e comportamentos alimentares).

Serão apresentadas as características psicométricas que as escalas revelaram nos dois momentos de avaliação (antes e depois do programa de Educação para a Saúde).

### 5.1. Características psicométricas da EAPIIS.

#### Fidelidade

Os Quadro 3 e 4 mostram a fidelidade avaliada através da consistência interna de cada um dos itens e da escala total.

**Quadro 3** - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da EAPIIS no 1º momento de avaliação.

Itens	Descrição	Limites	M	DP	r do total sem o item	$\alpha$ de Cronbach quando o item é excluído
4	Sinto necessidade dessa informação	1-5	2,79	0,89	0,15	0,83
5	Tenho curiosidade nessa informação	1-5	3,24	0,85	0,47	0,80
6	Procuo-a quando estou preocupado com a minha saúde	1-5	3,50	0,98	0,36	0,81
7	Responde às minhas dúvidas	1-5	3,51	0,78	0,41	0,81
8	Explica-me "como fazer"	1-5	3,50	0,76	0,49	0,80
9	Chega em "tempo útil"	1-5	3,44	0,81	0,34	0,81
10	Compreendo o que leio	1-5	4,04	0,82	0,41	0,81
11	Compreendo o que oiço	1-5	4,03	0,78	0,41	0,81
12	Incentiva-me a saber mais sobre como manter-me saudável	1-5	3,67	0,87	0,49	0,80
13	Ajuda-me a resolver problemas do dia-a-dia	1-5	3,34	0,84	0,57	0,79
14	Faz-me reflectir nas minhas prática e comportamentos	1-5	3,43	0,96	0,59	0,79
15	Leva-me a mudar de práticas e comportamentos	1-5	3,25	0,92	0,48	0,80
16	Faz-me sentir mais responsável	1-5	3,50	0,90	0,48	0,80
17	Faz-me sentir mais seguro(a)	1-5	3,76	0,84	0,54	0,80
<b>Escala Total EAPIIS</b>		<b>14-70</b>	<b>48,98</b>	<b>6,53</b>		<b>0,82</b>

**Quadro 4** - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da EAPIIS no 2º momento de avaliação.

Itens	Descrição	Limites	M	DP	r do total sem o item	$\alpha$ de Cronbach quando o item é excluído
4	Sinto necessidade dessa informação	1-5	3,17	2,90	0,18	0,89
5	Tenho curiosidade nessa informação	1-5	3,52	0,91	0,58	0,78
6	Procuro-a quando estou preocupado com a minha saúde	1-5	3,52	0,98	0,35	0,79
7	Responde às minhas dúvidas	1-5	3,52	0,88	0,54	0,78
8	Explica-me "como fazer"	1-5	3,52	0,95	0,67	0,77
9	Chega em "tempo útil"	1-5	3,52	0,97	0,55	0,78
10	Compreendo o que leio	1-5	3,52	0,71	0,39	0,79
11	Compreendo o que oiço	1-5	3,52	0,63	0,43	0,79
12	Incentiva-me a saber mais sobre como manter-me saudável	1-5	3,52	0,98	0,65	0,77
13	Ajuda-me a resolver problemas do dia-a-dia	1-5	3,52	0,85	0,65	0,78
14	Faz-me reflectir nas minhas prática e comportamentos	1-5	3,52	0,96	0,65	0,77
15	Leva-me a mudar de práticas e comportamentos	1-5	3,52	0,81	0,56	0,78
16	Faz-me sentir mais responsável	1-5	3,52	0,96	0,66	0,77
17	Faz-me sentir mais seguro(a)	1-5	3,52	0,91	0,42	0,79
<b>Escala Total EAPIIS</b>		<b>14-70</b>	<b>52,28</b>	<b>8,56</b>		<b>0,80</b>

Os valores são bons, de acordo com Hill & Hill (2000), (de 0,79 a 0,83 para os itens e 0,82 para o total da escala no 1º momento de avaliação, e de 0,77 a 0,89 para os itens e 0,80 para o total da escala no 2º momento de avaliação) e verifica-se que, na maioria dos casos (92,86% quer no 1º quer no 2º momento de avaliação), descem quando os itens são excluídos, o que significa que quando estão presentes melhoram a homogeneidade da escala. A excepção é o item n.º 4 – *Sinto necessidade dessa informação*, que optámos por manter pela sua pertinência teórica e porque a sua remoção não aumentou significativamente a fidelidade da escala.

#### *Validade dos itens*

A inspecção da validade dos itens foi feita através da inspecção da correlação de cada item com a escala total (consistência interna do item).

Pela análise dos Quadro 3 e Quadro 4 podemos verificar-se que o valor mais baixo da correlação (entre cada item e o total da escala a que pertence quando esta não contém o item) é de 0,15 no 1º momento de avaliação, e de 0,18 no 2º momento de avaliação. Nos dois momentos, 92,86% dos itens apresentam correlações superiores a 0,20.

## 5.2. Características psicométricas da ERFIS.

### Fidelidade

Os Quadro 5 e 6 mostram a fidelidade avaliada através do coeficiente Alfa de Cronbach. Os valores são bons, de acordo com Hill & Hill (2000), (de 0,89 a 0,90 para os itens e 0,90 para o total da escala no 1º momento de avaliação, e de 0,91 a 0,92 para os itens e 0,92 para o total da escala no 2º momento de avaliação). Verifica-se que, na maioria dos casos, os valores do Alfa de Cronbach descem quando os itens são excluídos, o que significa que quando estes itens estão presentes melhoram a homogeneidade da escala.

**Quadro 5** - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da ERFIS no 1º momento de avaliação.

Itens	Descrição	Limites	M	DP	r do total sem o item	<i>α</i> de Cronbach quando o item é excluído
18	Com os professores, fora das aulas	1-5	2,25	0,99	0,37	0,90
19	Com os professores, em sala de aulas	1-5	3,11	0,96	0,34	0,90
20	Em manuais escolares	1-5	3,09	0,83	0,31	0,90
21	Em actividades organizadas pela escola	1-5	2,75	0,89	0,50	0,89
22	Com os pais	1-5	3,66	1,01	0,26	0,90
23	Com os irmãos	1-5	2,55	1,34	0,15	0,90
24	Com familiares (excluindo os pais e os irmãos)	1-5	2,65	1,08	0,51	0,89
25	Com os colegas, na escola	1-5	3,15	0,94	0,24	0,90
26	Com os amigos, fora da escola	1-5	3,09	1,00	0,20	0,90
27	No Centro de Saúde	1-5	2,52	1,14	0,54	0,89
28	No Hospital	1-5	2,44	1,14	0,55	0,89
29	Na farmácia	1-5	2,41	1,10	0,59	0,89
30	Na clínica ou consultório médico particular	1-5	2,48	1,10	0,53	0,89
31	No Supermercado, Centro Comercial, ...	1-5	1,78	0,85	0,55	0,89
32	Em actividades religiosas	1-5	1,55	0,80	0,49	0,90
33	Com a Polícia	1-5	1,59	0,83	0,55	0,89
34	Com os Bombeiros	1-5	1,49	0,76	0,48	0,90
35	Na Televisão	1-5	2,94	1,03	0,50	0,89
36	Na Rádio	1-5	2,26	1,02	0,54	0,89
37	No Cinema	1-5	2,14	0,98	0,57	0,89
38	Na Internet	1-5	2,99	1,17	0,50	0,89
39	Em Jornais e/ou revistas especializadas	1-5	2,91	1,17	0,54	0,89
40	Em Jornais e/ou revistas generalistas	1-5	2,73	1,10	0,60	0,89
41	Nas Bibliotecas Municipais	1-5	2,24	1,13	0,63	0,89
42	Nas Bibliotecas da Escola	1-5	2,35	1,09	0,60	0,89
43	Nos Clubes e Associações (desportivos, teatro, dança, ...)	1-5	2,12	0,97	0,47	0,90
44	Nos espaços públicos (cartazes, painéis, quadros ...)	1-5	2,14	0,95	0,55	0,89
45	Em Encontros, Jornadas, Congressos temáticos...	1-5	1,86	0,90	0,49	0,89
<b>Escala Total ERFIS</b>		<b>18-140</b>	<b>69,23</b>	<b>14,74</b>		<b>0,90</b>

**Quadro 6** - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da ERFIS no 2º momento de avaliação.

Itens	Descrição	Limites	M	DP	r do total sem o item	$\alpha$ de Cronbach quando o item é excluído
18	Com os professores, fora das aulas	1-5	2,27	0,96	0,32	0,92
19	Com os professores, em sala de aulas	1-5	3,32	0,94	0,39	0,92
20	Em manuais escolares	1-5	3,00	0,85	0,49	0,92
21	Em actividades organizadas pela escola	1-5	3,39	1,22	0,38	0,92
22	Com os pais	1-5	3,56	1,05	0,35	0,92
23	Com os irmãos	1-5	2,58	1,38	0,37	0,92
24	Com familiares (excluindo os pais e os irmãos)	1-5	2,60	1,12	0,45	0,92
25	Com os colegas, na escola	1-5	3,62	1,12	0,42	0,92
26	Com os amigos, fora da escola	1-5	3,41	0,95	0,34	0,92
27	No Centro de Saúde	1-5	2,48	1,21	0,62	0,91
28	No Hospital	1-5	2,32	1,24	0,66	0,91
29	Na farmácia	1-5	2,32	1,15	0,62	0,91
30	Na clínica ou consultório médico particular	1-5	2,37	1,12	0,40	0,92
31	No Supermercado, Centro Comercial, ...	1-5	1,82	0,90	0,60	0,91
32	Em actividades religiosas	1-5	1,58	0,84	0,53	0,91
33	Com a Polícia	1-5	1,60	0,85	0,58	0,91
34	Com os Bombeiros	1-5	1,64	0,88	0,50	0,92
35	Na Televisão	1-5	3,15	1,10	0,52	0,91
36	Na Rádio	1-5	2,12	1,05	0,52	0,91
37	No Cinema	1-5	2,16	1,07	0,55	0,91
38	Na Internet	1-5	3,07	1,26	0,49	0,92
39	Em Jornais e/ou revistas especializadas	1-5	2,85	1,23	0,58	0,91
40	Em Jornais e/ou revistas generalistas	1-5	2,60	1,15	0,56	0,91
41	Nas Bibliotecas Municipais	1-5	2,17	1,12	0,74	0,91
42	Nas Bibliotecas da Escola	1-5	2,27	1,13	0,68	0,91
43	Nos Clubes e Associações (desportivos, teatro, dança, ...)	1-5	2,20	1,08	0,60	0,91
44	Nos espaços públicos (cartazes, painéis, quadros ...)	1-5	2,14	1,06	0,61	0,91
45	Em Encontros, Jornadas, Congressos temáticos...	1-5	1,95	1,02	0,54	0,91
<b>Escala Total ERFIS</b>		<b>18-140</b>	<b>70,54</b>	<b>16,89</b>		<b>0,92</b>

#### Validade dos itens

Pela análise dos Quadros 5 e 6 podemos verificar-se que o valor mais baixo da correlação (entre cada item e o total da escala a que pertence quando esta não contém o item) é de 0,15 no 1º momento de observação, e de 0,32 no 2º momento de observação. Apenas no 1º momento de observação um item (nº. 23) não apresentou uma correlação (com total da escala a que pertence quando esta não contém o item) superior a 0,20.

### 5.3. Características psicométricas da PCALIM

#### Fidelidade

Conforme a análise dos Quadros 7 e 8 permite verificar, os valores são de satisfatórios a bons (0,69 a 0,73 para os itens e 0,73 para o total da escala no 1º momento de avaliação, e de 0,73 a 0,77 para os itens e 0,77 para o total da escala no 2º momento de avaliação).

Verifica-se que, na maioria dos casos, os valores do Alfa de Cronbach descem quando os itens são excluídos, o que significa que quando estes itens estão presentes melhoram a homogeneidade da escala.

#### Validade dos itens

O valor mais baixo da correlação (entre cada item e o total da escala a que pertence quando esta não contém o item) é de 0,05 no 1º momento de observação, e de 0,03 no 2º momento de observação. Apenas 4 itens (no 1º momento de observação) e 3 itens (no 2º momento de observação) não apresentaram uma correlação (com total da escala a que pertence quando esta não contém o item) superior a 0,20 (Quadro 7 e 8).

**Quadro 7** - Média, desvio padrão e limites, por item, assim como as correlações e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da PCALIM no 1º momento de avaliação.

Escola (N=1166)	Itens	Descrição	Limites	M	DP	r do total sem o item	α de Cronbach (sem o item)
EPCALIM	46	Tomo o Pequeno-almoço	1-5	4,45	0,92	0,19	0,72
	47	Tomo o Almoço	1-5	4,79	0,55	0,22	0,72
	48	Tomo o Jantar	1-5	4,80	0,61	0,18	0,72
	49	Faço uma refeição ligeira entre o Pequeno-almoço e o Almoço	1-5	3,69	1,19	0,20	0,73
	50	Bebo leite ou como derivados do leite (queijo, iogurte...)	1-5	4,43	0,82	0,27	0,72
	51	Às principais refeições como carne ou peixe ou ovos	1-5	4,47	0,71	0,05	0,73
	52	Leio os rótulos das embalagens dos alimentos	1-5	3,04	1,08	0,39	0,70
	53	Calculo a variedade de nutrientes que ingiro diariamente	1-5	2,28	1,02	0,26	0,72
	54	Como sopa	1-5	3,81	1,08	0,52	0,69
	55	Como feijão, grão, ervilhas, favas...	1-5	3,21	1,20	0,30	0,72
	56	Como hortaliças (alface, couve, espinafres...)	1-5	3,38	1,07	0,45	0,70
	57	Como fruta	1-5	4,15	0,97	0,26	0,72
	58 <sup>i</sup>	Como aperitivos salgados	1-5	2,94	0,96	0,17	0,73
	59 <sup>i</sup>	Às refeições bebo refrigerante	1-5	2,62	1,12	0,30	0,72
	60 <sup>i</sup>	Como fritos (rissol, panadinhos...)	1-5	2,88	0,83	0,45	0,70
	61 <sup>i</sup>	Como molhos (maionese, Ketchup, mostarda)	1-5	3,27	1,10	0,43	0,70
62 <sup>i</sup>	Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)	1-5	2,55	0,92	0,34	0,71	
63 <sup>i</sup>	Como "fast food" (hamburgers, pizzas, sandes...)	1-5	2,98	1,00	0,46	0,70	
<b>Total PCALIM</b>			<b>18-90</b>	<b>63,76</b>	<b>7,43</b>		<b>0,73</b>

<sup>i</sup> Item de cotação inversa

**Quadro 8** - Média, desvio padrão e limites, por item, assim como as correlações e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da PCALIM no 2º momento de avaliação.

<b>Escala</b> (N=1166)	<b>Itens</b>	<b>Descrição</b>	<b>Limites</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>r do total sem o item</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach (sem o item)</b>
<b>EPCALIM</b>	46	Tomo o Pequeno-almoço	1-5	4,68	0,69	0,22	0,75
	47	Tomo o Almoço	1-5	4,91	0,32	0,20	0,76
	48	Tomo o Jantar	1-5	4,91	0,37	0,20	0,76
	49	Faço uma refeição ligeira entre o Pequeno-almoço e o Almoço	1-5	4,05	1,14	0,32	0,75
	50	Bebo leite ou como derivados do leite (queijo, iogurte...)	1-5	4,53	0,66	0,42	0,74
	51	Às principais refeições como carne ou peixe ou ovos	1-5	4,35	0,79	0,03	0,77
	52	Leio os rótulos das embalagens dos alimentos	1-5	3,12	1,04	0,16	0,76
	53	Calculo a variedade de nutrientes que ingiro diariamente	1-5	2,48	1,16	0,09	0,77
	54	Como sopa	1-5	4,17	0,99	0,46	0,73
	55	Como feijão, grão, ervilhas, favas...	1-5	3,55	1,07	0,34	0,75
	56	Como hortaliças (alface, couve, espinafres...)	1-5	3,71	1,03	0,41	0,74
	57	Como fruta	1-5	4,29	1,00	0,47	0,73
	58 <sup>i</sup>	Como aperitivos salgados	1-5	3,34	0,98	0,35	0,74
	59 <sup>i</sup>	Às refeições bebo refrigerante	1-5	3,04	1,10	0,47	0,73
	60 <sup>i</sup>	Como fritos (rissol, panadinhos...)	1-5	3,13	0,77	0,52	0,73
	61 <sup>i</sup>	Como molhos (maionese, <i>Ketchup</i> , mostarda)	1-5	3,52	0,99	0,48	0,73
62 <sup>i</sup>	Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)	1-5	2,87	0,87	0,47	0,74	
63 <sup>i</sup>	Como " <i>fast food</i> " ( <i>hamburgers</i> , <i>pizzas</i> , <i>sandes</i> ...)	1-5	3,34	0,84	0,49	0,73	
<b>Total PCALIM</b>			<b>18-90</b>	<b>67,99</b>	<b>7,22</b>	<b>0,76</b>	

<sup>i</sup> Item de cotação inversa

Uma vez mais optámos pela manutenção dos itens em questão, quer pela sua pertinência teórica, quer pelo facto de a sua remoção não melhorar substancialmente as características psicométricas da escala.

## 6. ANÁLISE DOS DADOS

### 6.1. Análise estatística dos resultados

O tratamento dos dados obtidos foi realizado através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* - versão 11.0 para *Windows* e recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias aritméticas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, mínimos e máximos), e estatística inferencial (testes *t* de *Student* para grupos independentes, testes *t* para grupos emparelhados e correlações de *Pearson*). Em todas as provas estatísticas utilizámos os seguintes níveis de significância:

$p > 0,05$  – a diferença não é significativa;

$p \leq 0,05$  – a diferença é significativa;

$p \leq 0,01$  – a diferença é muito significativa;

$p \leq 0,001$  – a diferença é altamente significativa.

## CAPÍTULO IV

### APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentamos os resultados da análise às respostas aos questionários. Incluí, além de uma breve análise descritiva, os resultados relativos aos testes de hipóteses e à discussão e síntese dos achados mais importantes.

Nos Quadros e Figuras apresentados omitimos as fontes e a data de recolha de informação, uma vez que todos se reportam aos dados obtidos através da aplicação dos questionários aos estudantes da Escola EB2,3 D. Dinis de Leiria.

#### 1. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

##### 1.1. Sexo e Idade

Conforme referimos anteriormente, quando caracterizámos a amostra, observa-se um equilíbrio na representação de raparigas e rapazes (Quadro 9). A média de idades é de 14,56 anos (DP=0,88).

**Quadro 9** - Distribuição da amostra por escalão etário, nível de ensino e local de residência, em função do sexo

	Rapazes		Raparigas		Total	
	N	P	N	P	N	P
	59	50,40	58	49,60	117	100,00
<b>Escalão etário</b>						
Com 14 anos	33	55,90	41	70,70	74	63,25
Com 15 ou mais anos	26	44,10	17	29,30	43	36,75

## 2. A AUTO-PERCEPÇÃO DO IMPACTO DA INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Tendo em consideração que a Escala de Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde (EAPIIS) permite um *score* mínimo de 14 pontos e um máximo de 70 pontos, os valores obtidos para a globalidade da amostra (M=48,98; DP=6,53), no 1º momento de avaliação, conotam-se com uma auto-percepção positiva do impacto da informação de saúde (Quadro 10).

**Quadro 10** - Limites, médias e desvios padrões dos itens e do total da EAPIIS (1º momento de avaliação)

Itens	Descrição	Limites	M	DP
4	Sinto necessidade dessa informação	1-5	2,79	0,89
5	Tenho curiosidade nessa informação	1-5	3,24	0,85
6	Procuro-a quando estou preocupado com a minha saúde	1-5	3,50	0,98
7	Responde às minhas dúvidas	1-5	3,51	0,78
8	Explica-me "como fazer"	1-5	3,50	0,76
9	Chega em "tempo útil"	1-5	3,44	0,81
10	Compreendo o que leio	1-5	4,04	0,82
11	Compreendo o que oiço	1-5	4,03	0,78
12	Incentiva-me a saber mais sobre como manter-me saudável	1-5	3,67	0,87
13	Ajuda-me a resolver problemas do dia-a-dia	1-5	3,34	0,84
14	Faz-me reflectir nas minhas prática e comportamentos	1-5	3,43	0,96
15	Leva-me a mudar de práticas e comportamentos	1-5	3,25	0,92
16	Faz-me sentir mais responsável	1-5	3,50	0,90
17	Faz-me sentir mais seguro(a)	1-5	3,76	0,84
<b>Total EAPIIS</b>		<b>14-70</b>	<b>48,98</b>	<b>6,53</b>

Os itens n.º4 - *Sinto necessidade dessa informação*, n.º5 - *Tenho curiosidade nessa informação* e n.º 15 - *Leva-me a mudar de práticas e comportamentos* foram , em média os menos pontuados. Os itens n.º.10 - *Compreendo o que leio*, n.º.11 - *Compreendo o que oiço*, n.º. 17 - *Faz-me sentir mais seguro*, e n.º. 12 - *Incentiva-me a saber mais sobre como manter-me saudável*, foram, em média, os mais pontuados.

No 2º momento de avaliação, após ter decorrido o programa de Educação para a Saúde, os valores obtidos para a globalidade da amostra (M=52,28; DP=8,56) aumentaram e conotam-se com uma auto-percepção ainda mais positiva do impacto da informação de saúde (Quadro 11).

**Quadro 11** - Limites, médias e desvios padrões dos itens e do total da EAPIIS (2º momento de avaliação).

Itens	Descrição	Limites	M	DP
4	Sinto necessidade dessa informação	1-5	3,17	2,90
5	Tenho curiosidade nessa informação	1-5	3,52	0,91
6	Procuro-a quando estou preocupado com a minha saúde	1-5	3,63	0,98
7	Responde às minhas dúvidas	1-5	3,67	0,88
8	Explica-me "como fazer"	1-5	3,71	0,95
9	Chega em "tempo útil"	1-5	3,60	0,97
10	Compreendo o que leio	1-5	4,30	0,71
11	Compreendo o que oiço	1-5	4,34	0,63
12	Incentiva-me a saber mais sobre como manter-me saudável	1-5	4,04	0,98
13	Ajuda-me a resolver problemas do dia-a-dia	1-5	3,38	0,85
14	Faz-me reflectir nas minhas prática e comportamentos	1-5	3,83	0,96
15	Leva-me a mudar de práticas e comportamentos	1-5	3,56	0,81
16	Faz-me sentir mais responsável	1-5	3,81	0,96
17	Faz-me sentir mais seguro(a)	1-5	3,72	0,91
<b>Total EAPIIS</b>		<b>14-70</b>	<b>52,28</b>	<b>8,56</b>

À semelhança do observado no 1º momento de avaliação, os itens n.º4 - *Sinto necessidade dessa informação*, n.º.5 - *Tenho curiosidade nessa informação* e n.º 15 - *Leva-me a mudar de práticas e comportamentos* foram, em média os menos pontuados, e os itens n.º.10 - *Compreendo o que leio*, n.º.11 - *Compreendo o que oiço*, e n.º. 12 - *Incentiva-me a saber mais sobre como manter-me saudável*, foram, em média, os mais pontuados. Estes resultados convergem com os obtidos num estudo anterior e onde foi usada a mesma escala (Gaspar, 2006), e indiciam que os aspectos relacionados com a percepção da necessidade da informação de saúde e com a curiosidade nessa informação e com o seu efeito prático, são os que menos contribuem para a positividade do impacto auto-percebido.

## 2.1. A Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde em função do sexo

Em relação ao 1º momento de avaliação, e pela análise do Quadro 12, podemos verificar que, em média, as raparigas revelaram uma Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde mais positiva do que os rapazes.

**Quadro 12** - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da EAPIIS, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student* (1º momento de avaliação)

EAPIIS	Rapazes (N=59)		Raparigas (N=59)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
4 Sinto necessidade dessa informação	2,68	0,88	2,90	0,89	-1,334	0,185 <sup>ns</sup>
5 Tenho curiosidade nessa informação	3,08	0,84	3,40	0,84	-2,016	0,046*
6 Procuro-a quando estou preocupado com a minha saúde	3,44	0,93	3,55	1,03	-0,611	0,542 <sup>ns</sup>
7 Responde às minhas dúvidas	3,41	0,79	3,62	0,77	-1,484	0,140 <sup>ns</sup>
8 Explica-me "como fazer"	3,39	0,85	3,60	0,65	-1,529	0,129 <sup>ns</sup>
9 Chega em "tempo útil"	3,32	0,88	3,57	0,73	-1,655	0,101 <sup>ns</sup>
10 Compreendo o que leio	3,92	0,79	4,17	0,84	-1,700	0,092 <sup>ns</sup>
11 Compreendo o que oiço	3,86	0,75	4,19	0,78	-2,290	0,024*
12 Incentiva-me a saber mais sobre como manter-me saudável	3,47	0,80	3,86	0,91	-2,455	0,016*
13 Ajuda-me a resolver problemas do dia-a-dia	3,24	0,75	3,45	0,92	-1,357	0,178 <sup>ns</sup>
14 Faz-me reflectir nas minhas prática e comportamentos	3,27	0,89	3,59	1,01	-1,792	0,076 <sup>ns</sup>
15 Leva-me a mudar de práticas e comportamentos	3,19	0,82	3,31	1,01	-0,727	0,469 <sup>ns</sup>
16 Faz-me sentir mais responsável	3,32	0,82	3,67	0,94	-2,143	0,034*
17 Faz-me sentir mais seguro(a)	3,54	0,77	3,98	0,85	-2,935	0,004*
<b>Total EAPIIS</b>	<b>47,14</b>	<b>5,98</b>	<b>50,86</b>	<b>6,67</b>	<b>-3,207</b>	<b>0,002*</b>

\* Significativo ; <sup>ns</sup> não significativo

As diferenças são estatisticamente significativas para o total da escala ( $t=-3,207$ ;  $p=0,002$ ), e para os itens n.º 5-*Tenho curiosidade nessa informação*, n.º. 11- *Compreendo o que oiço*, n.º. 12 - *Incentiva-me a saber mais sobre como manter-me saudável*, n.º.16- *Faz-me sentir mais responsável*, e n.º. 17 - *Faz-me sentir mais seguro(a)*. Estes resultados são comparáveis aos obtidos em estudo anterior por Gaspar (2006).

Já em relação ao 2º momento de avaliação (Quadro 13), em média, as diferenças relatadas pelos rapazes e pelas raparigas não são estatisticamente significativas para o total da escala ( $t=-1,495$ ;  $p=0,138$ ), e para a globalidade dos itens, exceptuando o n.º 13.

**Quadro 13** - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da EAPIIS, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student* (2º momento de avaliação)

EAPIIS	Rapazes (N=59)		Raparigas (N=59)		<i>T</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
4 Sinto necessidade dessa informação	3,27	3,99	3,07	0,89	0,378	0,706 <sup>ns</sup>
5 Tenho curiosidade nessa informação	3,39	0,85	3,66	0,84	-1,593	0,114 <sup>ns</sup>
6 Procuro-a quando estou preocupado com a minha saúde	3,59	1,10	3,67	1,03	-0,437	0,663 <sup>ns</sup>
7 Responde às minhas dúvidas	3,59	0,93	3,74	0,77	-0,910	0,365 <sup>ns</sup>
8 Explica-me "como fazer"	3,58	1,00	3,84	0,65	-1,544	0,125 <sup>ns</sup>
9 Chega em "tempo útil"	3,49	1,04	3,71	0,73	-1,211	0,229 <sup>ns</sup>
10 Compreendo o que leio	4,22	0,81	4,38	0,84	-1,216	0,227 <sup>ns</sup>
11 Compreendo o que oiço	4,25	0,71	4,43	0,78	-1,525	0,130 <sup>ns</sup>
12 Incentiva-me a saber mais sobre como manter-me saudável	3,92	1,02	4,17	0,91	-1,431	0,155 <sup>ns</sup>
13 Ajuda-me a resolver problemas do dia-a-dia	3,20	0,85	3,57	0,92	-2,374	0,019*
14 Faz-me reflectir nas minhas prática e comportamentos	3,78	0,98	3,88	1,01	-0,561	0,576 <sup>ns</sup>
15 Leva-me a mudar de práticas e comportamentos	3,53	0,77	3,59	1,01	-0,402	0,688 <sup>ns</sup>
16 Faz-me sentir mais responsável	3,68	1,01	3,95	0,94	-1,526	0,130 <sup>ns</sup>
17 Faz-me sentir mais seguro(a)	3,63	0,93	3,81	0,85	-1,092	0,277 <sup>ns</sup>
<b>Total EAPIIS</b>	<b>51,12</b>	<b>9,72</b>	<b>53,47</b>	<b>7,08</b>	<b>-1,495</b>	<b>0,138<sup>ns</sup></b>

\* Significativo ; <sup>ns</sup> não significativo

## 2.2. A Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde em função do escalão etário

Como se observa no Quadro 14 e 15, quer no 1º momento de avaliação quer no 2º momento de avaliação, em função do escalão etário as diferenças não são estatisticamente significativas tanto para o total da escala EAPIIS ( $t=0,551$ ;  $p=0,558$  no 1º momento e  $t=0,121$ ;  $p=0,904$  no 2º momento) como para qualquer um dos itens.

**Quadro 14** - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da EAPIIS, em função do escalão etário, e resultados do teste *t-Student* (1º momento de avaliação)

		14 anos (N=74)		15 ou mais anos (N=43)		<i>t</i>	<i>p</i>
EAPIIS		M	DP	M	DP		
4	Sinto necessidade dessa informação	2,77	0,93	2,81	0,82	-0,264	0,793 <sup>ns</sup>
5	Tenho curiosidade nessa informação	3,23	0,87	3,26	0,82	-0,162	0,871 <sup>ns</sup>
6	Procuro-a quando estou preocupado com a minha saúde	3,47	0,94	3,53	1,05	-0,318	0,751 <sup>ns</sup>
7	Responde às minhas dúvidas	3,59	0,79	3,37	0,76	1,507	0,135 <sup>ns</sup>
8	Explica-me "como fazer"	3,54	0,74	3,42	0,79	0,820	0,415 <sup>ns</sup>
9	Chega em "tempo útil"	3,55	0,72	3,26	0,93	1,811	0,074 <sup>ns</sup>
10	Compreendo o que leio	4,09	0,83	3,95	0,82	0,897	0,372 <sup>ns</sup>
11	Compreendo o que oiço	4,09	0,78	3,91	0,78	1,254	0,213 <sup>ns</sup>
12	Incentiva-me a saber mais sobre como manter-me saudável	3,69	0,95	3,63	0,72	0,392	0,696 <sup>ns</sup>
13	Ajuda-me a resolver problemas do dia-a-dia	3,36	0,93	3,30	0,67	0,419	0,676 <sup>ns</sup>
14	Faz-me reflectir nas minhas prática e comportamentos	3,38	1,07	3,51	0,74	-0,796	0,428 <sup>ns</sup>
15	Leva-me a mudar de práticas e comportamentos	3,18	0,98	3,37	0,79	-1,184	0,239 <sup>ns</sup>
16	Faz-me sentir mais responsável	3,46	0,94	3,56	0,83	-0,592	0,555 <sup>ns</sup>
17	Faz-me sentir mais seguro(a)	3,81	0,87	3,67	0,78	0,874	0,384 <sup>ns</sup>
<b>Total EAPIIS</b>		<b>49,23</b>	<b>6,79</b>	<b>48,56</b>	<b>6,10</b>	<b>0,551</b>	<b>0,558<sup>ns</sup></b>

\* Significativo ; <sup>ns</sup> não significativo

**Quadro 15** - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da EAPIIS, em função do escalão etário, e resultados do teste *t-Student* (2º momento de avaliação)

		14 anos (N=74)		15 ou mais anos (N=43)		<i>t</i>	<i>p</i>
EAPIIS		M	DP	M	DP		
4	Sinto necessidade dessa informação	3,34	3,56	2,88	1,05	1,024	0,309 <sup>ns</sup>
5	Tenho curiosidade nessa informação	3,61	0,90	3,37	0,90	1,365	0,176 <sup>ns</sup>
6	Procuro-a quando estou preocupado com a minha saúde	3,64	1,05	3,63	0,85	0,041	0,968 <sup>ns</sup>
7	Responde às minhas dúvidas	3,69	0,91	3,63	0,85	0,368	0,714 <sup>ns</sup>
8	Explica-me "como fazer"	3,77	0,96	3,60	0,93	0,919	0,361 <sup>ns</sup>
9	Chega em "tempo útil"	3,59	0,98	3,60	0,95	-0,054	0,957 <sup>ns</sup>
10	Compreendo o que leio	4,38	0,70	4,16	0,72	1,578	0,118 <sup>ns</sup>
11	Compreendo o que oiço	4,42	0,62	4,21	0,64	1,731	0,087 <sup>ns</sup>
12	Incentiva-me a saber mais sobre como manter-me saudável	3,96	1,07	4,19	0,79	-1,308	0,194 <sup>ns</sup>
13	Ajuda-me a resolver problemas do dia-a-dia	3,28	0,87	3,56	0,80	-1,738	0,085 <sup>ns</sup>
14	Faz-me reflectir nas minhas prática e comportamentos	3,76	1,00	3,95	0,87	-1,112	0,269 <sup>ns</sup>
15	Leva-me a mudar de práticas e comportamentos	3,53	0,88	3,60	0,69	-0,527	0,599 <sup>ns</sup>
16	Faz-me sentir mais responsável	3,77	1,07	3,88	0,76	-0,667	0,506 <sup>ns</sup>
17	Faz-me sentir mais seguro(a)	3,62	0,99	3,88	0,73	-1,637	0,105 <sup>ns</sup>
<b>Total EAPIIS</b>		<b>52,35</b>	<b>9,16</b>	<b>52,16</b>	<b>7,52</b>	<b>0,121</b>	<b>0,904<sup>ns</sup></b>

\* Significativo ; <sup>ns</sup> não significativo

### 2.3. A Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde em função do programa de Educação para a Saúde em contexto escolar

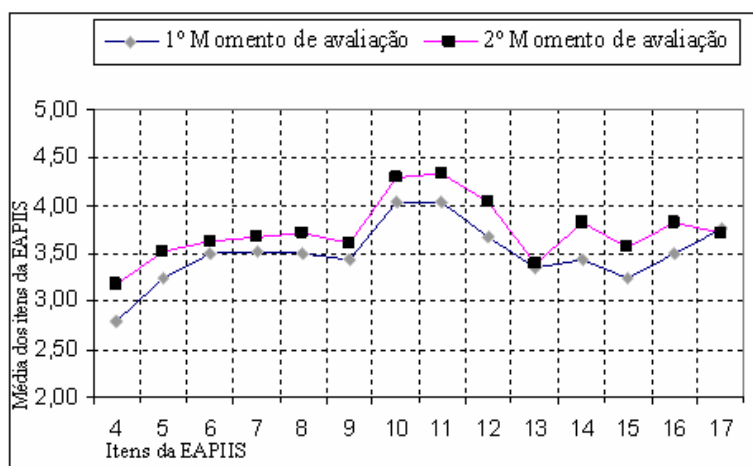
No Quadro 16 e Figura 1 podemos contactar que, em média, a Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde aumentou, em termos de positividade, entre o 1º e o 2º momento de avaliação. A diferença, para o total da escala, é estatisticamente significativa.

**Quadro 16** - Média das diferenças entre o 1º e 2º momento de avaliação e desvios padrões observadas nos itens e no total da EAPIIS, e resultados do teste *t* para amostras emparelhadas.

EAPIIS		Média das diferenças entre o 1º e 2º momento de avaliação	DP	<i>t</i>	<i>P</i>
4	Sinto necessidade dessa informação	-0,38	2,94	-1,413	0,160 <sup>ns</sup>
5	Tenho curiosidade nessa informação	-0,28	1,15	-2,650	0,009*
6	Procuo-a quando estou preocupado com a minha saúde	-0,14	1,08	-1,367	0,174 <sup>ns</sup>
7	Responde às minhas dúvidas	-0,15	1,02	-1,628	0,106 <sup>ns</sup>
8	Explica-me "como fazer"	-0,21	1,13	-2,049	0,043*
9	Chega em "tempo útil"	-0,15	1,01	-1,655	0,101 <sup>ns</sup>
10	Compreendo o que leio	-0,26	1,05	-2,637	0,010*
11	Compreendo o que oiço	-0,32	0,92	-3,735	0,000*
12	Incentiva-me a saber mais sobre como manter-me saudável	-0,38	1,23	-3,308	0,001*
13	Ajuda-me a resolver problemas do dia-a-dia	-0,04	1,03	-0,449	0,654 <sup>ns</sup>
14	Faz-me reflectir nas minhas prática e comportamentos	-0,40	1,24	-3,507	0,001*
15	Leva-me a mudar de práticas e comportamentos	-0,31	1,16	-2,862	0,005*
16	Faz-me sentir mais responsável	-0,32	1,19	-2,883	0,005*
17	Faz-me sentir mais seguro(a)	0,04	1,12	0,414	0,680 <sup>ns</sup>
<b>Total EAPIIS</b>		<b>-3,30</b>	<b>9,53</b>	<b>-3,744</b>	<b>0,000*</b>

\* Significativo ; <sup>ns</sup> não significativo

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



As diferenças são estatisticamente significativas quer para o total da escala, quer para os itens 5 - *Tenho curiosidade nessa informação*; 8 - *Explica-me "como fazer"*; 10 - *Compreendo o que leio*, 11- *Compreendo o que oiço*; 12 - *Incentiva-me a saber mais sobre como manter-me saudável*; 14 - *Faz-me reflectir nas minhas prática e comportamentos*; 15 - *Leva-me a mudar de práticas e comportamentos* e 16 - *Faz-me sentir mais responsável*.

\* \*

\*

Em síntese, na globalidade os estudantes auto-percepcionam de forma positiva o impacto da informação de saúde. 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. Os resultados mostram também que entre o 1º e o 2º momento de avaliação a auto-percepção do impacto da informação de saúde se tornou globalmente mais positivo, 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 (item n.º 5), com o aspecto prático da informação de saúde (itens n.º 8 e n.º 15), com a compreensão da informação (itens n.º 10 e n.º 11), com a reflexão e incentivo para manter práticas e comportamentos saudáveis (itens n.º 12 e n.º 14), e com o incremento de maiores índices de responsabilidade acerca da sua própria saúde (item n.º 16). Estes resultados indiciam que nos estudantes adolescentes a auto-percepção do impacto da informação de saúde se torna mais positivo com a participação em acções de Educação para a Saúde em contexto escolar.

### 3. O RECONHECIMENTO DAS FONTES DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Numa análise individual dos itens (Quadro 17), verifica-se que, no 1º momento de avaliação, os *Pais* (item n.º 22), os *colegas na escola* (item n.º 25), *os professores em sala de aula* (item n.º 19) e *os manuais escolares e os amigos fora da escola* (itens n.º 20 e 26 respectivamente), são as fontes de informação de saúde que os estudantes mais reconhecem.

**Quadro 17** - Limites, médias e desvios padrões dos itens e do total da ERFIS (1º momento de avaliação)

Itens	Descrição	Limites	M	DP
18	Com os professores, fora das aulas	1-5	2,25	0,99
19	Com os professores, em sala de aulas	1-5	3,11	0,96
20	Em manuais escolares	1-5	3,09	0,83
21	Em actividades organizadas pela escola	1-5	2,75	0,89
22	Com os pais	1-5	3,66	1,01
23	Com os irmãos	1-5	2,55	1,34
24	Com familiares (excluindo os pais e os irmãos)	1-5	2,65	1,08
25	Com os colegas, na escola	1-5	3,15	0,94
26	Com os amigos, fora da escola	1-5	3,09	1,00
27	No Centro de Saúde	1-5	2,52	1,14
28	No Hospital	1-5	2,44	1,14
29	Na farmácia	1-5	2,41	1,10
30	Na clínica ou consultório médico particular	1-5	2,48	1,10
31	No Supermercado, Centro Comercial, ...	1-5	1,78	0,85
32	Em actividades religiosas	1-5	1,55	0,80
33	Com a Polícia	1-5	1,59	0,83
34	Com os Bombeiros	1-5	1,49	0,76
35	Na Televisão	1-5	2,94	1,03
36	Na Rádio	1-5	2,26	1,02
37	No Cinema	1-5	2,14	0,98
38	Na Internet	1-5	2,99	1,17
39	Em Jornais e/ou revistas especializadas	1-5	2,91	1,17
40	Em Jornais e/ou revistas generalistas	1-5	2,73	1,10
41	Nas Bibliotecas Municipais	1-5	2,24	1,13
42	Nas Bibliotecas da Escola	1-5	2,35	1,09
43	Nos Clubes e Associações (desportivos, teatro, dança, ...)	1-5	2,12	0,97
44	Nos espaços públicos (cartazes, painéis, quadros ...)	1-5	2,14	0,95
45	Em Encontros, Jornadas, Congressos temáticos...	1-5	1,86	0,90
<b>Total da ERFIS</b>		<b>28-140</b>	<b>69,23</b>	<b>14,74</b>

Estes resultados podem relacionar-se com o facto de ser na família que precocemente se enraízam e desenvolvem os hábitos, costumes e rotinas de saúde (Costa & López, 1998), de alguns estudos mostrarem que os pais são os interlocutores privilegiados dos adolescentes para os problemas de saúde (Braconnier & Marcelli, 2000), e que são mais os adolescentes que consideram fácil falar com os pais acerca de coisas que os preocupam, do que aqueles que acham difícil (Pederson *et al*, 2004), e também com o facto de nestas idades os pares se tornarem referências cada vez mais significativas (Prazeres, 1998; Settertobulte & Matos, 2004).

No Quadro 18, e também numa análise individual dos itens, verifica-se que, no 2º momento de avaliação, os *colegas na escola* (item n.º 25), os *Pais* (item n.º 22), os *amigos fora da escola* (item n.º 26), as *actividades organizadas pela escola* (item n.º 21) e os *professores em sala de aula* (item n.º 19), são as fontes de informação de saúde que os estudantes mais reconhecem.

**Quadro 18** - Limites, médias e desvios padrões dos itens e do total da ERFIS (2º momento de avaliação)

Itens	Descrição	Limites	M	DP
18	Com os professores, fora das aulas	1-5	2,27	0,96
19	Com os professores, em sala de aulas	1-5	3,32	0,94
20	Em manuais escolares	1-5	3,00	0,85
21	Em actividades organizadas pela escola	1-5	3,39	1,22
22	Com os pais	1-5	3,56	1,05
23	Com os irmãos	1-5	2,58	1,38
24	Com familiares (excluindo os pais e os irmãos)	1-5	2,60	1,12
25	Com os colegas, na escola	1-5	3,62	1,12
26	Com os amigos, fora da escola	1-5	3,41	0,95
27	No Centro de Saúde	1-5	2,48	1,21
28	No Hospital	1-5	2,32	1,24
29	Na farmácia	1-5	2,32	1,15
30	Na clínica ou consultório médico particular	1-5	2,37	1,12
31	No Supermercado, Centro Comercial, ...	1-5	1,82	0,90
32	Em actividades religiosas	1-5	1,58	0,84
33	Com a Polícia	1-5	1,60	0,85
34	Com os Bombeiros	1-5	1,64	0,88
35	Na Televisão	1-5	3,15	1,10
36	Na Rádio	1-5	2,12	1,05
37	No Cinema	1-5	2,16	1,07
38	Na Internet	1-5	3,07	1,26
39	Em Jornais e/ou revistas especializadas	1-5	2,85	1,23
40	Em Jornais e/ou revistas generalistas	1-5	2,60	1,15
41	Nas Bibliotecas Municipais	1-5	2,17	1,12
42	Nas Bibliotecas da Escola	1-5	2,27	1,13
43	Nos Clubes e Associações (desportivos, teatro, dança, ...)	1-5	2,20	1,08
44	Nos espaços públicos (cartazes, painéis, quadros ...)	1-5	2,14	1,06
45	Em Encontros, Jornadas, Congressos temáticos...	1-5	1,95	1,02
<b>Total da ERFIS</b>		<b>28-140</b>	<b>70,54</b>	<b>16,89</b>

Podemos verificar que a *Televisão* (item n.º 35) e a *Internet* (item n.º 38) foram, no 2º momento de avaliação, mais reconhecidos como fontes de informação de saúde do que os *manuais escolares* (item n.º 20), não obstante ser possível constatar um aumento do reconhecimento de itens relacionados com a Escola, como fontes de informação de saúde. Estes resultados podem estar relacionados com o facto de os jovens terem, entre algumas das actividades de lazer mais populares, o uso de fontes de informação audiovisual como sejam ver televisão e usar o computador (Ministério da Saúde, 2004b; Todd & Currie, 2004, Morgan,

2004), e entre o 1º e o 2º momento de avaliação aumentarem a curiosidade e a percepção da necessidade da informação de saúde.

Quer no 1º momento de avaliação, quer no 2º, foi possível constatar que os itens relacionados com os Serviços de Saúde (itens n.º 27, 28, 29 e 30) apresentaram pontuações médias modestas, o que indicia que o reconhecimento dos Serviços de Saúde como fontes de informação de saúde pode melhorar.

### 3.1. O reconhecimento das fontes de Informação de Saúde em função do sexo

No Quadro 19 podemos verificar que, no 1º momento de avaliação, as raparigas, em média, pontuam mais que os rapazes no reconhecimento das fontes de informação de saúde.

**Quadro 19** - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da ERFIS, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student* (1º momento de avaliação)

ERFIS	Rapazes (N=59)		Raparigas (N=59)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
18 Com os professores, fora das aulas	2,15	0,94	2,34	1,04	-1,049	0,296 <sup>ns</sup>
19 Com os professores, em sala de aulas	2,93	0,91	3,29	0,99	-2,053	0,042*
20 Em manuais escolares	2,92	0,88	3,28	0,74	-2,400	0,018*
21 Em actividades organizadas pela escola	2,54	0,90	2,97	0,84	-2,639	0,009*
22 Com os pais	3,49	0,90	3,83	1,09	-1,814	0,072 <sup>ns</sup>
23 Com os irmãos	2,19	1,25	2,91	1,33	-3,047	0,003*
24 Com familiares (excluindo os pais e os irmãos)	2,66	0,90	2,64	1,24	0,115	0,909 <sup>ns</sup>
25 Com os colegas, na escola	2,95	0,86	3,36	0,99	-2,413	0,017*
26 Com os amigos, fora da escola	3,00	1,02	3,19	0,98	-1,026	0,307 <sup>ns</sup>
27 No Centro de Saúde	2,44	1,00	2,60	1,27	-0,768	0,444 <sup>ns</sup>
28 No Hospital	2,36	1,01	2,52	1,26	-0,762	0,447 <sup>ns</sup>
29 Na farmácia	2,32	0,95	2,50	1,23	-0,872	0,385 <sup>ns</sup>
30 Na clínica ou consultório médico particular	2,44	0,91	2,52	1,26	-0,376	0,708 <sup>ns</sup>
31 No Supermercado, Centro Comercial, ...	1,78	0,89	1,78	0,82	0,024	0,981 <sup>ns</sup>
32 Em actividades religiosas	1,56	0,77	1,53	0,84	0,166	0,868 <sup>ns</sup>
33 Com a Polícia	1,63	0,87	1,55	0,80	0,489	0,626 <sup>ns</sup>
34 Com os Bombeiros	1,53	0,82	1,45	0,71	0,547	0,585 <sup>ns</sup>
35 Na Televisão	2,78	1,12	3,10	0,91	-1,721	0,088 <sup>ns</sup>
36 Na Rádio	2,24	1,12	2,28	0,91	-0,204	0,838 <sup>ns</sup>
37 No Cinema	2,08	0,97	2,19	1,00	-0,576	0,566 <sup>ns</sup>
38 Na Internet	2,75	1,12	3,24	1,17	-2,332	0,021*
39 Em Jornais e/ou revistas especializadas	2,75	1,18	3,09	1,14	-1,583	0,116 <sup>ns</sup>
40 Em Jornais e/ou revistas generalistas	2,49	1,02	2,97	1,12	-2,385	0,019*
41 Nas Bibliotecas Municipais	2,08	1,06	2,40	1,18	-1,503	0,136 <sup>ns</sup>
42 Nas Bibliotecas da Escola	2,10	0,92	2,60	1,18	-2,554	0,012*
43 Nos Clubes e Associações (desportivos, teatro, dança, ...)	2,27	0,98	1,97	0,94	1,726	0,087 <sup>ns</sup>
44 Nos espaços públicos (cartazes, painéis, quadros ...)	2,10	0,94	2,17	0,96	-0,403	0,688 <sup>ns</sup>
45 Em Encontros, Jornadas, Congressos temáticos...	1,93	0,89	1,79	0,91	0,835	0,405 <sup>ns</sup>
<b>Total ERFIS</b>	<b>66,46</b>	<b>14,65</b>	<b>72,05</b>	<b>14,51</b>	<b>-2,082</b>	<b>0,040*</b>

\* Significativo ; <sup>ns</sup> não significativo

As diferenças são estatisticamente significativas para o total da escala ( $t=-2,082$ ;  $p=0,040$ ) e para os itens n.º19 - *Com os professores, em sala de aulas*, n.º 20 - *Em manuais*

escolares, n.º 21 - Em actividades organizadas pela escola, n.º23 - Com os irmãos, n.º25 - Com os colegas, na escola, n.º38 - Na Internet, n.º40 - Em Jornais e/ou revistas generalistas, e n.º42 - Nas Bibliotecas da Escola. Para ambos os sexos, os Pais são as fontes mais reconhecidas, logo seguidos dos *colegas na escola* (no caso das raparigas) e dos *amigos fora da escola* (no caso dos rapazes). Os resultados sugerem que as raparigas reconhecem mais as fontes de informação de saúde do que os rapazes, e que, para ambos os sexos, as fontes mais reconhecidas são os pais e os pares

Já no 2º momento de avaliação podemos constatar (Quadro 20) que as diferenças entre rapazes e raparigas se tomam menores, e não são estatisticamente significativas para o total da escala.

**Quadro 20** - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da ERFIS, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student* (2º momento de avaliação)

ERFIS	Rapazes (N=59)		Raparigas (N=59)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
18 Com os professores, fora das aulas	2,15	0,94	2,40	0,97	-1,377	0,171 <sup>ns</sup>
19 Com os professores, em sala de aulas	3,25	0,94	3,38	0,95	-0,715	0,476 <sup>ns</sup>
20 Em manuais escolares	2,86	0,80	3,14	0,89	-1,752	0,082 <sup>ns</sup>
21 Em actividades organizadas pela escola	3,27	1,35	3,52	1,08	-1,090	0,278 <sup>ns</sup>
22 Com os pais	3,47	0,94	3,66	1,15	-0,932	0,353 <sup>ns</sup>
23 Com os irmãos	2,29	1,27	2,88	1,44	-2,351	0,020*
24 Com familiares (excluindo os pais e os irmãos)	2,54	1,06	2,66	1,19	-0,541	0,589 <sup>ns</sup>
25 Com os colegas, na escola	3,31	1,18	3,93	0,97	-3,139	0,002*
26 Com os amigos, fora da escola	3,20	0,94	3,62	0,91	-2,430	0,017*
27 No Centro de Saúde	2,49	1,18	2,47	1,26	0,115	0,908 <sup>ns</sup>
28 No Hospital	2,29	1,23	2,34	1,26	-0,246	0,806 <sup>ns</sup>
29 Na farmácia	2,32	1,14	2,31	1,17	0,055	0,956 <sup>ns</sup>
30 Na clínica ou consultório médico particular	2,46	1,04	2,28	1,20	0,877	0,383 <sup>ns</sup>
31 No Supermercado, Centro Comercial, ...	1,86	0,99	1,78	0,80	0,533	0,595 <sup>ns</sup>
32 Em actividades religiosas	1,58	0,81	1,59	0,88	-0,063	0,950 <sup>ns</sup>
33 Com a Polícia	1,53	0,77	1,67	0,93	-0,932	0,354 <sup>ns</sup>
34 Com os Bombeiros	1,64	0,96	1,64	0,79	0,038	0,970 <sup>ns</sup>
35 Na Televisão	3,03	1,16	3,28	1,04	-1,189	0,237 <sup>ns</sup>
36 Na Rádio	2,02	1,04	2,22	1,06	-1,066	0,289 <sup>ns</sup>
37 No Cinema	2,05	1,02	2,28	1,10	-1,142	0,256 <sup>ns</sup>
38 Na Internet	2,90	1,28	3,24	1,23	-1,475	0,143 <sup>ns</sup>
39 Em Jornais e/ou revistas especializadas	2,44	1,15	3,26	1,18	-3,801	0,000*
40 Em Jornais e/ou revistas generalistas	2,34	1,09	2,86	1,16	-2,508	0,014*
41 Nas Bibliotecas Municipais	2,05	1,07	2,29	1,17	-1,166	0,246 <sup>ns</sup>
42 Nas Bibliotecas da Escola	2,15	1,11	2,38	1,15	-1,083	0,281 <sup>ns</sup>
43 Nos Clubes e Associações (desportivos, teatro, dança, ...)	2,19	1,07	2,21	1,09	-0,102	0,919 <sup>ns</sup>
44 Nos espaços públicos (cartazes, painéis, quadros ...)	2,12	1,10	2,16	1,02	-0,186	0,853 <sup>ns</sup>
45 Em Encontros, Jornadas, Congressos temáticos...	1,90	0,90	2,00	1,14	-0,534	0,594 <sup>ns</sup>
<b>Total ERFIS</b>	<b>67,71</b>	<b>18,08</b>	<b>73,71</b>	<b>15,21</b>	<b>-1,847</b>	<b>0,067<sup>ns</sup></b>

\* Significativo ; <sup>ns</sup> não significativo

Mas numa análise individual dos itens é possível verificar que se mantém a tendência para as raparigas reconhecerem, em média, mais a generalidade das fontes de informação de

saúde, e as diferenças são estatisticamente significativas para os itens n.º 23 - *Com os irmãos*, n.º25 - *Com os colegas, na escola*, n.º26 - *Com os amigos, fora da escola*, n.º39 - *Em Jornais e/ou revistas especializadas*, e n.º40 - *Em Jornais e/ou revistas generalistas*.

### 3.2. O reconhecimento das fontes de Informação de Saúde em função do escalão etário

No Quadro 21 podemos observar que, em função do escalão etário, no 1º momento de avaliação não se verificam diferenças estatisticamente significativas para o total da escala.

**Quadro 21** - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da ERFIS, em função do escalão etário, e resultados do teste *t-Student* (1º momento de avaliação)

ERFIS	14 anos (N=74)		15 ou mais anos (N=43)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
18 Com os professores, fora das aulas	2,07	0,94	2,56	1,01	-2,601	0,011*
19 Com os professores, em sala de aulas	3,14	1,00	3,07	0,91	0,361	0,719 <sup>ns</sup>
20 Em manuais escolares	3,19	0,89	2,93	0,70	1,741	0,085 <sup>ns</sup>
21 Em actividades organizadas pela escola	2,73	0,98	2,79	0,71	-0,387	0,699 <sup>ns</sup>
22 Com os pais	3,80	0,92	3,42	1,12	1,881	0,064 <sup>ns</sup>
23 Com os irmãos	2,46	1,33	2,70	1,35	-0,924	0,358 <sup>ns</sup>
24 Com familiares (excluindo os pais e os irmãos)	2,62	1,12	2,70	1,01	-0,377	0,707 <sup>ns</sup>
25 Com os colegas, na escola	3,24	0,93	3,00	0,95	1,343	0,183 <sup>ns</sup>
26 Com os amigos, fora da escola	3,07	0,98	3,14	1,04	-0,369	0,713 <sup>ns</sup>
27 No Centro de Saúde	2,51	1,20	2,53	1,05	-0,101	0,920 <sup>ns</sup>
28 No Hospital	2,46	1,18	2,40	1,07	0,300	0,765 <sup>ns</sup>
29 Na farmácia	2,38	1,16	2,47	1,01	-0,425	0,672 <sup>ns</sup>
30 Na clínica ou consultório médico particular	2,51	1,10	2,42	1,10	0,451	0,653 <sup>ns</sup>
31 No Supermercado, Centro Comercial, ...	1,80	0,84	1,74	0,88	0,321	0,749 <sup>ns</sup>
32 Em actividades religiosas	1,53	0,76	1,58	0,88	-0,338	0,736 <sup>ns</sup>
33 Com a Polícia	1,55	0,76	1,65	0,95	-0,573	0,569 <sup>ns</sup>
34 Com os Bombeiros	1,43	0,66	1,58	0,91	-0,941	0,350 <sup>ns</sup>
35 Na Televisão	2,97	1,05	2,88	1,00	0,456	0,649 <sup>ns</sup>
36 Na Rádio	2,27	0,91	2,23	1,19	0,179	0,858 <sup>ns</sup>
37 No Cinema	2,22	1,00	2,00	0,95	1,165	0,247 <sup>ns</sup>
38 Na Internet	3,15	1,15	2,72	1,16	1,925	0,058 <sup>ns</sup>
39 Em Jornais e/ou revistas especializadas	3,12	1,22	2,56	1,01	2,700	0,008*
40 Em Jornais e/ou revistas generalistas	2,89	1,11	2,44	1,03	2,217	0,029*
41 Nas Bibliotecas Municipais	2,23	1,19	2,26	1,03	-0,125	0,901 <sup>ns</sup>
42 Nas Bibliotecas da Escola	2,35	1,12	2,35	1,04	0,012	0,990 <sup>ns</sup>
43 Nos Clubes e Associações (desportivos, teatro, dança, ...)	2,12	0,98	2,12	0,96	0,029	0,977 <sup>ns</sup>
44 Nos espaços públicos (cartazes, painéis, quadros ...)	2,11	0,94	2,19	0,96	-0,427	0,671 <sup>ns</sup>
45 Em Encontros, Jornadas, Congressos temáticos...	1,80	0,88	1,98	0,94	-1,022	0,310 <sup>ns</sup>
<b>Total ERFIS</b>	<b>69,72</b>	<b>13,39</b>	<b>68,40</b>	<b>16,94</b>	<b>0,438</b>	<b>0,663<sup>ns</sup></b>

\* Significativo ; <sup>ns</sup> não significativo

Uma análise individual dos itens permite concluir que os alunos com 15 ou mais anos reconhecem mais os *professores, fora das aulas* (item n.º. 18) como fontes de informação de saúde, mas são os alunos com 14 anos que reconhecem mais os *Jornais e/ou revistas*

especializadas e também os *Jornais e/ou revistas generalistas* (itens n.º39 e n.º40) como fontes de informação de saúde. As diferenças são estatisticamente significativas.

No 2º momento de avaliação, uma vez mais podemos observar que, em função do escalão etário não se verificam diferenças estatisticamente significativas para o total da escala (Quadro 22).

**Quadro 22** - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da ERFIS, em função do escalão etário, e resultados do teste *t-Student* (2º momento de avaliação)

ERFIS	14 anos (N=74)		15 ou mais anos (N=43)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
18 Com os professores, fora das aulas	2,12	0,99	2,53	0,85	-2,374	0,020*
19 Com os professores, em sala de aulas	3,26	1,01	3,42	0,82	-0,943	0,348 <sup>ns</sup>
20 Em manuais escolares	3,04	0,94	2,93	0,67	0,737	0,463 <sup>ns</sup>
21 Em actividades organizadas pela escola	3,36	1,28	3,44	1,14	-0,337	0,737 <sup>ns</sup>
22 Com os pais	3,62	1,06	3,47	1,03	0,784	0,435 <sup>ns</sup>
23 Com os irmãos	2,43	1,40	2,84	1,34	-1,549	0,125 <sup>ns</sup>
24 Com familiares (excluindo os pais e os irmãos)	2,55	1,16	2,67	1,06	-0,571	0,569 <sup>ns</sup>
25 Com os colegas, na escola	3,64	1,17	3,58	1,05	0,256	0,799 <sup>ns</sup>
26 Com os amigos, fora da escola	3,47	0,97	3,30	0,91	0,953	0,343 <sup>ns</sup>
27 No Centro de Saúde	2,41	1,26	2,60	1,14	-0,878	0,382 <sup>ns</sup>
28 No Hospital	2,18	1,26	2,56	1,18	-1,645	0,103 <sup>ns</sup>
29 Na farmácia	2,18	1,15	2,56	1,12	-1,764	0,081 <sup>ns</sup>
30 Na clínica ou consultório médico particular	2,32	1,11	2,44	1,14	-0,543	0,589 <sup>ns</sup>
31 No Supermercado, Centro Comercial, ...	1,74	0,88	1,95	0,92	-1,208	0,230 <sup>ns</sup>
32 Em actividades religiosas	1,43	0,70	1,84	1,00	-2,342	0,022*
33 Com a Polícia	1,55	0,86	1,67	0,84	-0,741	0,460 <sup>ns</sup>
34 Com os Bombeiros	1,50	0,74	1,88	1,03	-2,142	0,036*
35 Na Televisão	3,24	1,11	3,00	1,09	1,156	0,251 <sup>ns</sup>
36 Na Rádio	2,11	1,07	2,14	1,04	-0,156	0,876 <sup>ns</sup>
37 No Cinema	2,15	1,03	2,19	1,14	-0,177	0,860 <sup>ns</sup>
38 Na Internet	3,12	1,29	2,98	1,22	0,605	0,547 <sup>ns</sup>
39 Em Jornais e/ou revistas especializadas	2,81	1,27	2,91	1,17	-0,415	0,679 <sup>ns</sup>
40 Em Jornais e/ou revistas generalistas	2,62	1,19	2,56	1,10	0,292	0,771 <sup>ns</sup>
41 Nas Bibliotecas Municipais	2,11	1,09	2,28	1,18	-0,775	0,440 <sup>ns</sup>
42 Nas Bibliotecas da Escola	2,16	1,11	2,44	1,16	-1,276	0,205 <sup>ns</sup>
43 Nos Clubes e Associações (desportivos, teatro, dança, ...)	2,11	1,05	2,35	1,11	-1,152	0,253 <sup>ns</sup>
44 Nos espaços públicos (cartazes, painéis, quadros ...)	2,08	1,00	2,23	1,15	-0,719	0,475 <sup>ns</sup>
45 Em Encontros, Jornadas, Congressos temáticos...	1,88	0,92	2,07	1,18	-0,912	0,365 <sup>ns</sup>
<b>Total ERFIS</b>	<b>69,20</b>	<b>16,59</b>	<b>72,84</b>	<b>17,37</b>	<b>-1,109</b>	<b>0,270<sup>ns</sup></b>

\* Significativo ; <sup>ns</sup> não significativo

A análise individual dos itens permite verificar que se mantém o facto de os alunos com 15 ou mais anos reconhecerem mais os *professores, fora das aulas* (item n.º. 18) como fontes de informação de saúde, assim como se observa agora que também são estes alunos que, em relação aos alunos com 14 anos, reconhecem mais algumas fontes de informação de saúde relacionadas com a comunidade em sentido lato, como sejam as *actividades religiosas* (item n.º32) e os *Bombeiros* (item n.º 34). As diferenças são estatisticamente significativas.

### 3.3. O reconhecimento das fontes de Informação de Saúde em função do programa de Educação para a Saúde em contexto escolar

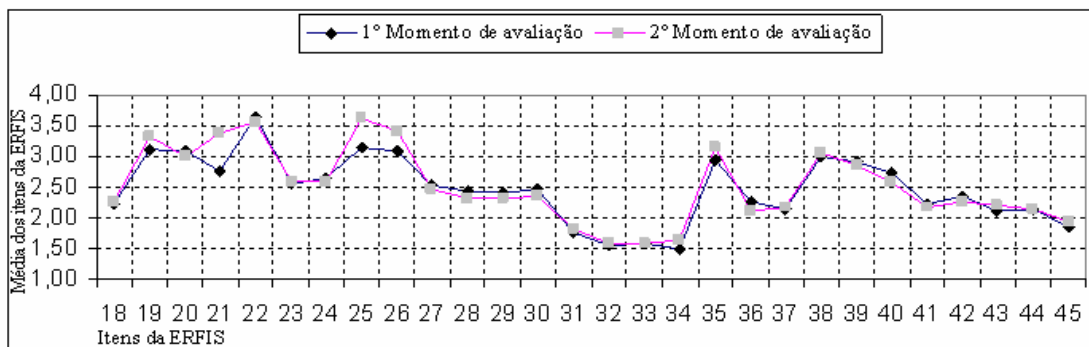
No Quadro 23 e Figura 2 podemos contactar que, em média, o Reconhecimento das Fontes de Informação de Saúde aumentou entre o 1º e o 2º momento de avaliação, mas a diferença, para o total da escala, não é estatisticamente significativa.

**Quadro 23** - Média das diferenças entre o 1º e 2º momento de avaliação e desvios padrões observadas nos itens e no total da ERFIS, e resultados do teste *t* para amostras emparelhadas.

ERFIS	Média das diferenças entre o 1º e 2º momento de avaliação	DP	<i>t</i>	<i>P</i>
18 Com os professores, fora das aulas	-0,03	1,02	-0,272	0,786 <sup>ns</sup>
19 Com os professores, em sala de aulas	-0,21	1,15	-1,931	0,056 <sup>ns</sup>
20 Em manuais escolares	0,09	0,98	1,035	0,303 <sup>ns</sup>
21 Em actividades organizadas pela escola	-0,64	1,35	-5,142	0,000*
22 Com os pais	0,09	0,88	1,155	0,251 <sup>ns</sup>
23 Com os irmãos	-0,03	1,13	-0,328	0,744 <sup>ns</sup>
24 Com familiares (excluindo os pais e os irmãos)	0,05	1,22	0,456	0,649 <sup>ns</sup>
25 Com os colegas, na escola	-0,46	1,30	-3,830	0,000*
26 Com os amigos, fora da escola	-0,32	1,31	-2,610	0,010*
27 No Centro de Saúde	0,04	1,18	0,390	0,697 <sup>ns</sup>
28 No Hospital	0,12	1,11	1,168	0,245 <sup>ns</sup>
29 Na farmácia	0,09	1,03	0,984	0,327 <sup>ns</sup>
30 Na clínica ou consultório médico particular	0,11	1,19	1,012	0,314 <sup>ns</sup>
31 No Supermercado, Centro Comercial, ...	-0,04	0,92	-0,501	0,617 <sup>ns</sup>
32 Em actividades religiosas	-0,03	0,87	-0,425	0,672 <sup>ns</sup>
33 Com a Polícia	-0,01	0,93	-0,099	0,921 <sup>ns</sup>
34 Com os Bombeiros	-0,15	0,87	-1,919	0,057 <sup>ns</sup>
35 Na Televisão	-0,21	1,25	-1,847	0,067 <sup>ns</sup>
36 Na Rádio	0,14	1,22	1,208	0,229 <sup>ns</sup>
37 No Cinema	-0,03	1,21	-0,228	0,820 <sup>ns</sup>
38 Na Internet	-0,08	1,42	-0,588	0,558 <sup>ns</sup>
39 Em Jornais e/ou revistas especializadas	0,07	1,50	0,495	0,622 <sup>ns</sup>
40 Em Jornais e/ou revistas generalistas	0,13	1,20	1,155	0,250 <sup>ns</sup>
41 Nas Bibliotecas Municipais	0,07	1,07	0,690	0,492 <sup>ns</sup>
42 Nas Bibliotecas da Escola	0,09	1,16	0,799	0,426 <sup>ns</sup>
43 Nos Clubes e Associações (desportivos, teatro, dança, ...)	-0,08	1,10	-0,757	0,451 <sup>ns</sup>
44 Nos espaços públicos (cartazes, painéis, quadros ...)	0,00	1,06	0,000	1,000 <sup>ns</sup>
45 Em Encontros, Jornadas, Congressos temáticos...	-0,09	1,06	-0,876	0,383 <sup>ns</sup>
<b>Total ERFIS</b>	<b>-1,31</b>	<b>15,17</b>	<b>-0,932</b>	<b>0,353<sup>ns</sup></b>

\* Significativo ; <sup>ns</sup> não significativo

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



Contudo, no que se refere à análise individual dos itens, é possível verificar que para os itens n.º 21 - *Em actividades organizadas pela escola*, n.º 25 - *Com os colegas, na escola*, e n.º 26 - *Com os amigos, fora da escola*, as diferenças revelaram-se estatisticamente significativas.

\*   \*  
\*  
\*   \*

Sintetizando, os Pais e os Pares são as fontes de informação de saúde mais reconhecidas pelos alunos, quer no 1º quer no 2º momento de avaliação.

As raparigas, em média, pontuam mais que os rapazes no reconhecimento das fontes de informação de saúde. Mas as diferenças atenuam-se do 1º para o 2º momento de avaliação, e tornam-se estatisticamente não significativas para o total da escala. Contudo mantêm-se diferenças estatisticamente significativas para os itens n.º 23 - *Com os irmãos*, n.º 25 - *Com os colegas, na escola*, n.º 26 - *Com os amigos, fora da escola*, n.º 39 - *Em Jornais e/ou revistas especializadas*, e n.º 40 - *Em Jornais e/ou revistas generalistas*.

Em função do escalão etário, quer no 1º quer no 2º momento de avaliação, não se verificam diferenças estatisticamente significativas para o total da escala, mas é possível verificar, em ambos os momentos de avaliação, que os alunos mais velhos reconhecerem mais os *professores, fora das aulas* como fontes de informação de saúde, e que as diferenças são estatisticamente significativas.

Em média, o Reconhecimento das Fontes de Informação de Saúde aumentou entre o 1º e o 2º momento de avaliação, e não obstante a diferença, para o total da escala, não ser estatisticamente significativa, é possível verificar que no que se refere aos itens relacionados com a Escola como fonte de informação de Saúde (itens n.º 21 - *Em actividades organizadas*

pela escola, e n.º 25 - *Com os colegas, na escola*) as diferenças são estatisticamente significativas. Os resultados sugerem que o reconhecimento da Escola como fonte de informação de saúde aumenta com o desenvolvimento de programas de Educação para a Saúde em contexto escolar.

#### 4. AS PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS ALIMENTARES

A Escala de Práticas e Comportamentos Alimentares (PCALIM) permite um *score* mínimo de 14 pontos e um máximo de 70 pontos, e sob este ponto de vista os valores obtidos para a globalidade da amostra (M=63,76; DP=7,34), no 1º momento de avaliação, conotam-se com Práticas e comportamentos alimentares globalmente salutogénicos (Quadro 24).

**Quadro 24** - Limites, médias e desvios padrões dos itens e do total da PCALIM, no 1º momento de avaliação.

Itens	Descrição	Limites	M	DP
46	Tomo o Pequeno-almoço	1-5	4,45	0,92
47	Tomo o Almoço	1-5	4,79	0,55
48	Tomo o Jantar	1-5	4,80	0,61
49	Faço uma refeição ligeira entre o Pequeno-almoço e o Almoço	1-5	3,69	1,19
50	Bebo leite ou como derivados do leite (queijo, iogurte...)	1-5	4,43	0,82
51	Às principais refeições como carne ou peixe ou ovos	1-5	4,47	0,71
52	Leio os rótulos das embalagens dos alimentos	1-5	3,04	1,08
53	Calculo a variedade de nutrientes que ingiro diariamente	1-5	2,28	1,02
54	Como sopa	1-5	3,81	1,08
55	Como feijão, grão, ervilhas, favas...	1-5	3,21	1,20
56	Como hortaliças (alface, couve, espinafres...)	1-5	3,38	1,07
57	Como fruta	1-5	4,15	0,97
58 <sup>†</sup>	Como aperitivos salgados	1-5	2,94	0,96
59 <sup>†</sup>	Às refeições bebo refrigerante	1-5	2,62	1,12
60 <sup>†</sup>	Como fritos (rissol, panadinhos...)	1-5	2,88	0,83
61 <sup>†</sup>	Como molhos (maionese, <i>Ketchup</i> , mostarda)	1-5	3,27	1,10
62 <sup>†</sup>	Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)	1-5	2,55	0,92
63 <sup>†</sup>	Como " <i>fast food</i> " ( <i>hamburgers, pizzas, sandes</i> ...)	1-5	2,98	1,00
<b>Total PCALIM</b>		<b>14-70</b>	<b>63,76</b>	<b>7,34</b>

<sup>†</sup> Item de cotação inversa

Numa análise individual dos itens é possível verificar que as médias mais elevadas (superiores a 4 pontos) correspondem aos itens n.º46 - *Tomo o Pequeno-almoço*; n.º47 - *Tomo o Almoço*; n.º48 - *Tomo o Jantar*; n.º50 - *Bebo leite ou como derivados do leite (queijo, iogurte...)*; n.º51 - *Às principais refeições como carne ou peixe ou ovos*; e n.º57 - *Como fruta*.

Por outro lado, foram os itens nº.53 – *Calculo a variedade de nutrientes que ingiro diariamente*; nº.58 - *Como aperitivos salgados*; nº.59 - *Às refeições bebo refrigerante*; nº.60 - *Como fritos (rissol, panadinhos...)*; nº.62 - *Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)*; e nº.63 - *Como “fast food” (hamburgers, pizzas, sandes...)* os que obtiveram, em média, pontuações mais baixas (inferiores a 3 pontos). Estes resultados são convergentes com os obtidos em estudos anteriores (Calado, 1998; Roininen *et al*,1999; Lytle, 2003 e Vereecken *et al*,2004), e que apontam para um elevado índice de gordura e açúcares nos “menus” mais utilizados pelos adolescentes e jovens.

No 2º momento de avaliação, os valores obtidos para a globalidade da amostra (M=67,45; DP=6,87) foram superiores e conotam-se com práticas e comportamentos alimentares globalmente mais salutogénicos (Quadro 25).

**Quadro 25** - Limites, médias e desvios padrões dos itens e do total da PCALIM, no 2º momento de avaliação.

Itens	Descrição	Limites	M	DP
46	Tomo o Pequeno-almoço	1-5	4,68	0,69
47	Tomo o Almoço	1-5	4,91	0,32
48	Tomo o Jantar	1-5	4,91	0,37
49	Faço uma refeição ligeira entre o Pequeno-almoço e o Almoço	1-5	4,05	1,14
50	Bebo leite ou como derivados do leite (queijo, iogurte...)	1-5	4,53	0,66
51	Às principais refeições como carne ou peixe ou ovos	1-5	4,35	0,79
52	Leio os rótulos das embalagens dos alimentos	1-5	3,12	1,04
53	Calculo a variedade de nutrientes que ingiro diariamente	1-5	2,48	1,16
54	Como sopa	1-5	4,17	0,99
55	Como feijão, grão, ervilhas, favas...	1-5	3,55	1,07
56	Como hortaliças (alface, couve, espinafres...)	1-5	3,71	1,03
57	Como fruta	1-5	4,29	1,00
58 <sup>†</sup>	Como aperitivos salgados	1-5	3,34	0,98
59 <sup>†</sup>	Às refeições bebo refrigerante	1-5	3,04	1,10
60 <sup>†</sup>	Como fritos (rissol, panadinhos...)	1-5	3,13	0,77
61 <sup>†</sup>	Como molhos (maionese, <i>Ketchup</i> , mostarda)	1-5	3,52	0,99
62 <sup>†</sup>	Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)	1-5	2,63	0,92
63 <sup>†</sup>	Como “fast food” ( <i>hamburgers, pizzas, sandes...</i> )	1-5	3,04	0,97
<b>Total PCALIM</b>		<b>14-70</b>	<b>67,45</b>	<b>6,87</b>

<sup>†</sup> Item de cotação inversa

É possível verificar que, também no 2º momento de avaliação, as médias mais elevadas (superiores a 4 pontos) correspondem aos itens nº.46 - *Tomo o Pequeno-almoço*; nº.47 - *Tomo o Almoço*; nº.48 - *Tomo o Jantar*; nº.50 - *Bebo leite ou como derivados do leite (queijo, iogurte...)*; nº.51 - *Às principais refeições como carne ou peixe ou ovos*; e nº.57 - *Como fruta*;

mas surgindo agora também, como um dos itens com maior pontuação média, o n.º.54 – *Como sopa*.

Com médias inferiores a 3 pontos surgem agora os itens n.º.53 – *Calculo a variedade de nutrientes que ingiro diariamente*; e n.º.62 – *Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)*.

#### 4.1. As práticas e comportamentos alimentares, em função do sexo

Em relação às práticas e comportamentos alimentares avaliados no 1º momento (Quadro 26), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, quer para o total da escala, quer na globalidade dos itens.

**Quadro 26** - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALIM, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student* (1º momento de avaliação)

PCALIM		Rapazes (N=59)		Raparigas (N=59)		<i>t</i>	<i>p</i>
		M	DP	M	DP		
46	Tomo o Pequeno-almoço	4,49	0,84	4,41	1,01	0,453	0,652 <sup>ns</sup>
47	Tomo o Almoço	4,80	0,55	4,79	0,55	0,034	0,973 <sup>ns</sup>
48	Tomo o Jantar	4,85	0,48	4,76	0,71	0,790	0,431 <sup>ns</sup>
49	Faço uma refeição ligeira entre o Pequeno-almoço e o Almoço	3,85	1,11	3,53	1,26	1,424	0,157 <sup>ns</sup>
50	Bebo leite ou como derivados do leite (queijo, iogurte...)	4,41	0,83	4,45	0,82	-0,272	0,786 <sup>ns</sup>
51	Às principais refeições como carne ou peixe ou ovos	4,34	0,78	4,60	0,62	-2,034	0,044*
52	Leio os rótulos das embalagens dos alimentos	2,97	1,10	3,12	1,06	-0,774	0,440 <sup>ns</sup>
53	Calculo a variedade de nutrientes que ingiro diariamente	2,37	1,08	2,19	0,95	0,976	0,331 <sup>ns</sup>
54	Como sopa	3,71	1,02	3,91	1,14	-1,008	0,316 <sup>ns</sup>
55	Como feijão, grão, ervilhas, favas...	3,20	1,10	3,22	1,30	-0,093	0,926 <sup>ns</sup>
56	Como hortaliças (alface, couve, espinafres...)	3,15	1,08	3,62	1,02	-2,408	0,018*
57	Como fruta	4,07	1,05	4,22	0,88	-0,875	0,384 <sup>ns</sup>
58 <sup>i</sup>	Como aperitivos salgados	2,97	1,02	2,91	0,90	0,294	0,769 <sup>ns</sup>
59 <sup>i</sup>	Às refeições bebo refrigerante	2,54	1,12	2,69	1,13	-0,709	0,480 <sup>ns</sup>
60 <sup>i</sup>	Como fritos (rissol, panadinhos...)	2,93	0,87	2,83	0,80	0,679	0,499 <sup>ns</sup>
61 <sup>i</sup>	Como molhos (maionese, <i>Ketchup</i> , mostarda)	3,24	1,15	3,31	1,06	-0,357	0,722 <sup>ns</sup>
62 <sup>i</sup>	Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)	2,68	0,94	2,41	0,90	1,557	0,122 <sup>ns</sup>
63 <sup>i</sup>	Como “ <i>fast food</i> ” ( <i>hamburgers, pizzas, sandes...</i> )	3,07	0,93	2,90	1,07	0,925	0,357 <sup>ns</sup>
<b>Total PCALIM</b>		<b>63,63</b>	<b>7,66</b>	<b>63,90</b>	<b>7,06</b>	<b>-0,198</b>	<b>0,844<sup>ns</sup></b>

<sup>i</sup> Item de cotação inversa ; \* Significativo ; <sup>ns</sup> não significativo

Apenas no item n.º 56 – *Como hortaliças (alface, couve, espinafres...)* e no item n.º 51 - *Às principais refeições como carne ou peixe ou ovos*, as raparigas, em relação aos rapazes, pontuam mais e a diferença é estatisticamente significativa. Estes resultados estão de acordo com os obtidos por Vereecken *et al* (2004) e Gaspar (2006), e podem dever-se ao facto de mais raparigas que rapazes possuírem noções precisas do que é uma alimentação equilibrada (Castilho & Silveira, 1991), e de as raparigas revelarem maior conhecimento sobre as alternativas alimentares mais saudáveis (Berg *et al*, 2000).

No 2º momento de avaliação (Quadro 27), continuam a não existir diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, quer para o total da escala, quer na globalidade dos itens, e apenas no item n.º62 – *Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)*, as raparigas, em relação aos rapazes, pontuam mais e a diferença é estatisticamente significativa, o que está de acordo com os resultados obtidos no estudo HBSC 2001/2002 (Vereecken *et al*,2004).

**Quadro 27** - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALIM, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student* (2º momento de avaliação)

	PCALIM	Rapazes (N=59)		Raparigas (N=59)		<i>t</i>	<i>p</i>
		M	DP	M	DP		
46	Tomo o Pequeno-almoço	4,78	0,46	4,59	0,86	1,517	0,133 <sup>ns</sup>
47	Tomo o Almoço	4,92	0,28	4,90	0,36	0,313	0,755 <sup>ns</sup>
48	Tomo o Jantar	4,92	0,34	4,90	0,41	0,271	0,787 <sup>ns</sup>
49	Faço uma refeição ligeira entre o Pequeno-almoço e o Almoço	4,17	1,10	3,93	1,18	1,128	0,262 <sup>ns</sup>
50	Bebo leite ou como derivados do leite (queijo, iogurte...)	4,56	0,70	4,50	0,63	0,482	0,631 <sup>ns</sup>
51	Às principais refeições como carne ou peixe ou ovos	4,42	0,67	4,28	0,89	1,008	0,316 <sup>ns</sup>
52	Leio os rótulos das embalagens dos alimentos	2,95	1,11	3,29	0,94	-1,817	0,072 <sup>ns</sup>
53	Calculo a variedade de nutrientes que ingiro diariamente	2,42	1,21	2,53	1,13	-0,513	0,609 <sup>ns</sup>
54	Como sopa	4,07	1,05	4,28	0,91	-1,145	0,255 <sup>ns</sup>
55	Como feijão, grão, ervilhas, favas...	3,63	0,96	3,47	1,17	0,814	0,418 <sup>ns</sup>
56	Como hortaliças (alface, couve, espinafres...)	3,59	1,07	3,83	0,98	-1,239	0,218 <sup>ns</sup>
57	Como fruta	4,24	1,04	4,34	0,97	-0,580	0,563 <sup>ns</sup>
58 <sup>i</sup>	Como aperitivos salgados	3,31	0,95	3,38	1,02	0,008	0,994 <sup>ns</sup>
59 <sup>i</sup>	Às refeições bebo refrigerante	2,90	1,11	3,19	1,08	-1,591	0,114 <sup>ns</sup>
60 <sup>i</sup>	Como fritos (rissol, panadinhos...)	3,08	0,82	3,17	0,73	-0,668	0,506 <sup>ns</sup>
61 <sup>i</sup>	Como molhos (maionese, <i>Ketchup</i> , mostarda)	3,42	1,00	3,62	0,97	-1,033	0,304 <sup>ns</sup>
62 <sup>i</sup>	Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)	2,85	0,89	2,41	0,90	2,626	0,010*
63 <sup>i</sup>	Como " <i>fast food</i> " ( <i>hamburgers, pizzas, sandes...</i> )	3,19	0,84	2,90	1,07	1,627	0,107 <sup>ns</sup>
<b>Total PCALIM</b>		<b>67,41</b>	<b>6,93</b>	<b>67,50</b>	<b>6,87</b>	<b>-0,073</b>	<b>0,942<sup>ns</sup></b>

<sup>i</sup> Item de cotação inversa ; \* Significativo ; <sup>ns</sup> não significativo

Os resultados obtidos, quer no 1º momento de avaliação, quer no 2º momento de avaliação permitem concluir que, em termos globais, entre os rapazes e as raparigas não existem diferenças nas Práticas e Comportamentos Alimentares.

#### 4.2. As práticas e comportamentos alimentares, em função do escalão etário

A análise dos Quadro 28 e 29, quer no que se refere aos totais da PCALIM, quer no que se refere à análise individual dos itens, permite verificar que não existem, tanto no 1º como no 2º momento de avaliação, diferenças, em função do escalão etário, nas práticas e comportamentos alimentares. Apenas no consumo de refrigerantes (item n.º.59) avaliado no 1º momento, a diferença foi estatisticamente significativa.

**Quadro 28** - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALIM, em função do escalão etário, e resultados do teste *t-Student* (1º momento de avaliação)

		14 anos (N=74)		15 ou mais anos (N=43)			
PCALIM		M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
46	Tomo o Pequeno-almoço	4,46	0,98	4,44	0,83	0,104	0,918 <sup>ns</sup>
47	Tomo o Almoço	4,81	0,54	4,77	0,57	0,404	0,687 <sup>ns</sup>
48	Tomo o Jantar	4,78	0,67	4,84	0,48	-0,499	0,619 <sup>ns</sup>
49	Faço uma refeição ligeira entre o Pequeno-almoço e o Almoço	3,76	1,16	3,58	1,26	0,749	0,456 <sup>ns</sup>
50	Bebo leite ou como derivados do leite (queijo, iogurte...)	4,41	0,86	4,47	0,77	-0,388	0,699 <sup>ns</sup>
51	Às principais refeições como carne ou peixe ou ovos	4,46	0,74	4,49	0,67	-0,216	0,829 <sup>ns</sup>
52	Leio os rótulos das embalagens dos alimentos	3,00	1,10	3,12	1,05	-0,567	0,572 <sup>ns</sup>
53	Calculo a variedade de nutrientes que ingiro diariamente	2,15	0,99	2,51	1,03	-1,862	0,066 <sup>ns</sup>
54	Como sopa	3,86	1,04	3,72	1,16	0,672	0,504 <sup>ns</sup>
55	Como feijão, grão, ervilhas, favas...	3,31	1,19	3,05	1,19	1,155	0,251 <sup>ns</sup>
56	Como hortaliças (alface, couve, espinafres...)	3,43	1,07	3,30	1,08	0,629	0,531 <sup>ns</sup>
57	Como fruta	4,16	1,03	4,12	0,85	0,259	0,796 <sup>ns</sup>
58 <sup>i</sup>	Como aperitivos salgados	2,96	0,94	2,91	1,00	0,280	0,780 <sup>ns</sup>
59 <sup>i</sup>	Às refeições bebo refrigerante	2,78	1,10	2,33	1,11	2,163	0,033*
60 <sup>i</sup>	Como fritos (rissol, panadinhos...)	2,93	0,80	2,79	0,89	0,863	0,391 <sup>ns</sup>
61 <sup>i</sup>	Como molhos (maionese, <i>Ketchup</i> , mostarda)	3,35	1,03	3,14	1,23	0,955	0,343 <sup>ns</sup>
62 <sup>i</sup>	Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)	2,59	0,91	2,47	0,96	0,718	0,475 <sup>ns</sup>
63 <sup>i</sup>	Como “fast food” ( <i>hamburgers</i> , <i>pizzas</i> , <i>sandes</i> ...)	2,97	0,96	3,00	1,07	-0,137	0,892 <sup>ns</sup>
<b>Total PCALIM</b>		<b>64,19</b>	<b>7,52</b>	<b>63,02</b>	<b>7,05</b>	<b>0,841</b>	<b>0,402<sup>ns</sup></b>

<sup>i</sup> Item de cotação inversa ; \* Significativo ; <sup>ns</sup> não significativo

**Quadro 29** - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALIM, em função do escalão etário, e resultados do teste *t-Student* (2º momento de avaliação)

		14 anos (N=74)		15 ou mais anos (N=43)			
PCALIM		M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
46	Tomo o Pequeno-almoço	4,68	0,74	4,70	0,60	-0,175	0,861 <sup>ns</sup>
47	Tomo o Almoço	4,97	0,16	4,79	0,47	2,479	0,017 <sup>ns</sup>
48	Tomo o Jantar	4,95	0,28	4,84	0,48	1,346	0,184 <sup>ns</sup>
49	Faço uma refeição ligeira entre o Pequeno-almoço e o Almoço	4,03	1,17	4,09	1,11	-0,304	0,762 <sup>ns</sup>
50	Bebo leite ou como derivados do leite (queijo, iogurte...)	4,54	0,67	4,51	0,67	0,226	0,822 <sup>ns</sup>
51	Às principais refeições como carne ou peixe ou ovos	4,43	0,80	4,21	0,77	1,489	0,140 <sup>ns</sup>
52	Leio os rótulos das embalagens dos alimentos	3,07	1,06	3,21	0,99	-0,726	0,469 <sup>ns</sup>
53	Calculo a variedade de nutrientes que ingiro diariamente	2,45	1,16	2,53	1,18	-0,395	0,694 <sup>ns</sup>
54	Como sopa	4,18	1,01	4,16	0,95	0,069	0,945 <sup>ns</sup>
55	Como feijão, grão, ervilhas, favas...	3,62	1,00	3,42	1,18	0,947	0,347 <sup>ns</sup>
56	Como hortaliças (alface, couve, espinafres...)	3,65	1,05	3,81	0,98	-0,855	0,395 <sup>ns</sup>
57	Como fruta	4,26	1,06	4,35	0,90	-0,500	0,618 <sup>ns</sup>
58 <sup>i</sup>	Como aperitivos salgados	3,32	0,94	3,37	1,07	-0,208	0,836 <sup>ns</sup>
59 <sup>i</sup>	Às refeições bebo refrigerante	3,16	0,94	2,84	1,33	0,913	0,365 <sup>ns</sup>
60 <sup>i</sup>	Como fritos (rissol, panadinhos...)	3,11	0,77	3,16	0,78	-0,476	0,635 <sup>ns</sup>
61 <sup>i</sup>	Como molhos (maionese, <i>Ketchup</i> , mostarda)	3,54	0,97	3,49	1,03	-0,122	0,903 <sup>ns</sup>
62 <sup>i</sup>	Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)	2,66	0,88	2,58	0,98	0,445	0,657 <sup>ns</sup>
63 <sup>i</sup>	Como “fast food” ( <i>hamburgers</i> , <i>pizzas</i> , <i>sandes</i> ...)	3,03	0,96	3,07	0,99	-0,228	0,820 <sup>ns</sup>
<b>Total PCALIM</b>		<b>67,64</b>	<b>7,31</b>	<b>67,14</b>	<b>6,11</b>	<b>0,393</b>	<b>0,695<sup>ns</sup></b>

<sup>i</sup> Item de cotação inversa ; \* Significativo ; <sup>ns</sup> não significativo

### 4.3. O reconhecimento das fontes de Informação de Saúde em função do programa de Educação para a Saúde em contexto escolar

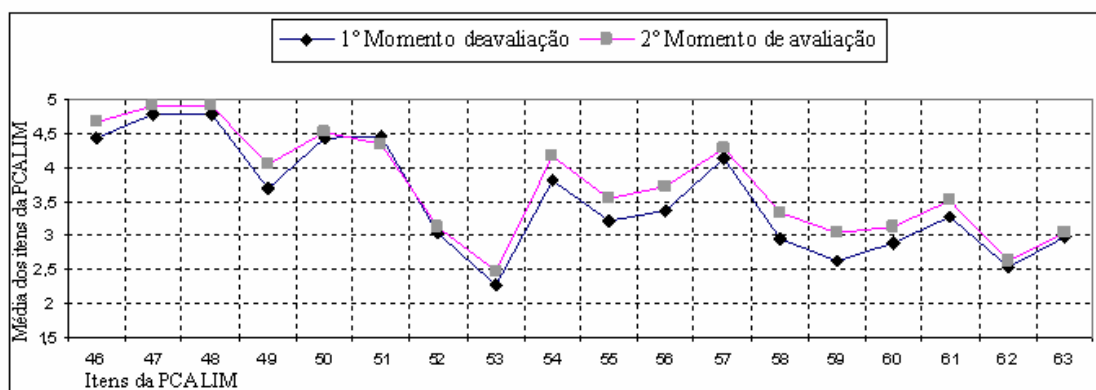
No Quadro 30 e Figura 3 podemos contactar que, em média, a pontuação na escala de Praticas e Comportamentos Alimentares (PCALIM) aumentou entre o 1º e o 2º momento de avaliação, e a diferença é estatisticamente significativa quer para o total da escala, quer para um numero significativo dos itens.

**Quadro 30** - Média das diferenças entre o 1º e 2º momento de avaliação e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALIM, e resultados do teste *t* para amostras emparelhadas.

PCALIM		Média das diferenças entre o 1º e 2º momento de avaliação	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
46	Tomo o Pequeno-almoço	-0,23	0,75	-3,341	0,001*
47	Tomo o Almoço	-0,11	0,47	-2,561	0,012*
48	Tomo o Jantar	-0,10	0,61	-1,827	0,070 <sup>ns</sup>
49	Faço uma refeição ligeira entre o Pequeno-almoço e o Almoço	-0,36	1,03	-3,772	0,000*
50	Bebo leite ou como derivados do leite (queijo, iogurte...)	-0,10	0,89	-1,241	0,217 <sup>ns</sup>
51	Às principais refeições como carne ou peixe ou ovos	0,12	0,99	1,304	0,195 <sup>ns</sup>
52	Leio os rótulos das embalagens dos alimentos	-0,08	1,20	-0,691	0,491 <sup>ns</sup>
53	Calculo a variedade de nutrientes que ingiro diariamente	-0,20	1,21	-1,764	0,080 <sup>ns</sup>
54	Como sopa	-0,36	1,09	-3,548	0,001*
55	Como feijão, grão, ervilhas, favas...	-0,33	1,20	-3,014	0,003*
56	Como hortaliças (alface, couve, espinafres...)	-0,32	1,11	-3,179	0,002*
57	Como fruta	-0,15	1,12	-1,408	0,162 <sup>ns</sup>
58 <sup>i</sup>	Como aperitivos salgados	-0,40	1,16	-3,745	0,000*
59 <sup>i</sup>	Às refeições bebo refrigerante	-0,43	1,04	-4,460	0,000*
60 <sup>i</sup>	Como fritos (rissol, panadinhos...)	-0,25	1,02	-2,638	0,009*
61 <sup>i</sup>	Como molhos (maionese, Ketchup, mostarda)	-0,25	1,16	-2,313	0,022*
62 <sup>i</sup>	Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)	-0,09	0,31	-2,983	0,003*
63 <sup>i</sup>	Como "fast food" (hamburgers, pizzas, sandes...)	-0,06	0,35	-1,825	0,071 <sup>ns</sup>
<b>Total PCALIM</b>		<b>-3,69</b>	<b>6,92</b>	<b>-5,768</b>	<b>0,000*</b>

<sup>i</sup> Item de cotação inversa ; \* Significativo ; <sup>ns</sup> não significativo

**Figura 3** - Médias observadas nos itens da PCALIM, no 1º e 2º momento de avaliação.



\* \*  
\*

Em síntese, na globalidade os estudantes relatam práticas e comportamentos alimentares globalmente salutogénicos. Não se verificaram diferenças globais estatisticamente significativas nestas práticas e comportamentos em função do sexo ou do escalão etário, e as diferenças pontuais estão de acordo com os resultados dos estudos anteriores que referenciámos. Os resultados mostram que entre o 1º e o 2º momento de avaliação as práticas e comportamentos alimentares se tornaram globalmente mais salutogénicas, com diferença estatisticamente significativa. Os itens que se revelaram mais sensíveis à mudança foram os relacionados com o número de refeições diárias (itens n.º 45, n.º 47 e n.º 49), com o consumo de sopa, leguminosas e hortaliças (itens n.º 54, n.º 55 e n.º 56), e com o consumo de aperitivos salgados, refrigerantes, fritos, molhos e doces (itens n.º 58, n.º 59, n.º 60, n.º 61 e n.º 62). Estes resultados indiciam que as práticas e comportamentos alimentares auto-relatados pelos estudantes adolescentes se tornam mais salutogénicas com o desenvolvimento de programas de Educação para a Saúde relacionadas com a Alimentação Saudável, em contexto escolar.

## 5. A RELAÇÃO ENTRE A INFORMAÇÃO DE SAÚDE E AS PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS ALIMENTARES

Neste ponto faremos a análise da relação entre a auto-percepção do impacto da informação de saúde, as fontes de informação de saúde mais reconhecidas, e as práticas e comportamentos alimentares.

Verifica-se, pela análise do Quadro 31, que no 1º momento de avaliação, a correlação entre o reconhecimento das Fontes de Informação de Saúde e a Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde é positiva e estatisticamente significativa ( $r = 0,29$ ;  $p \leq 0,001$ ).

**Quadro 31** - Matriz de correlações de *Pearson* entre os totais da EAPIIS, ERFIS e PCALIM, no 1º momento de avaliação.

	EAPIIS	ERFIS	PCALIM
EAPIIS	1		
ERFIS	0,29 *	1	
PCALIM	0,18 <sup>ns</sup>	-0,01 <sup>ns</sup>	1

\* Significativo para  $p \leq 0,001$ ; <sup>ns</sup> não significativo

No 2º momento de avaliação podemos verificar (Quadro 32) que se mantém uma correlação positiva e estatisticamente significativa ( $r = 0,38$ ;  $p \leq 0,001$ ) entre o reconhecimento das Fontes de Informação de Saúde e a Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde, e agora também uma correlação positiva e estatisticamente significativa ( $r = 0,34$ ;  $p \leq 0,001$ ) entre as Práticas e Comportamentos Alimentares e a Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde.

**Quadro 32** - Matriz de correlações de *Pearson* entre os totais da EAPIIS, ERFIS e PCALIM, no 2º momento de avaliação.

	EAPIIS	ERFIS	PCALIM
EAPIIS	1		
ERFIS	0,38*	1	
PCALIM	0,34*	0,07 <sup>ns</sup>	1

\* Significativo para  $p \leq 0,001$ ; <sup>ns</sup> não significativo

Os resultados são convergentes com os obtidos em estudo anterior (Gaspar, 2006), sugerem que quanto mais positivo é o impacto da informação de saúde auto-percebido pelos estudantes, maior é o reconhecimento das fontes de informação de saúde (tanto no 1º como no 2º momento de avaliação), e que quanto mais positiva é a auto-percepção do impacto da informação de saúde, mais salutogénicas são as práticas e comportamentos alimentares dos estudantes (no 2º momento de avaliação).

\* \*  
\*

Em síntese, os resultados obtidos são abonatórios ao reconhecimento da efectividade do desenvolvimento de programas de Educação para a Saúde em contexto escolar 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 alimentares mais salutogénicos.

## 6 . CONCLUSÃO GERAL

Centrámos este estudo no contributo da Educação para a Saúde em contexto escolar nas práticas e comportamentos alimentares dos adolescentes do 9º ano do 3º Ciclo do Ensino Básico. Conforme descrevemos no primeiro capítulo, a Educação para a Saúde como estratégia do processo mais amplo que é a Promoção da Saúde, é imprescindível para capacitar os indivíduos e as comunidades a aumentar o auto-controlo da sua saúde no sentido de a melhorar (WHO, 1986b), e envolve formas de comunicação projectadas para desenvolver a literacia e as aptidões de vida conducentes à saúde dos indivíduos e comunidades. Esta responsabilidade cabe a todos, e deve ser partilhada pelas comunidades, pelas instituições e pelos grupos sociais (Official Journal, 1989), pois o conjunto de habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar a informação como forma de promover e manter comportamentos salutogénicos, assume uma importância crescente no desenvolvimento social, económico e da saúde das sociedades actuais (Kickbusch, 2001). Esta perspectiva reforça a importância da literacia científica em geral, e da literacia em saúde em particular, no exercício da cidadania e da construção de uma sociedade mais justa onde a saúde, individual e colectiva, deve ser encarada como um desafio que a todos envolve, e a todos trás os maiores benefícios.

No segundo capítulo contextualizamos a saúde dos adolescentes e jovens, com enfoque nas suas práticas e comportamentos alimentares. Salientamos o facto de, entre eles e ao contrário do verificado para outros escalões etários, a morbilidade e mortalidade não terem decrescido nas últimas décadas (Raphael, 1996; Lee e Tsang, 2004), apesar do reconhecimento de que a importância da saúde como recurso é particularmente incisiva neste grupo, na medida em que uma saúde pobre pode ter a longo prazo efeitos muito negativos (WHO, 2001; Gabhainn, 2004; Torsheim *et al*, 2004), e também o facto de a consideração das práticas e comportamentos determinantes de saúde ser de fundamental importância em relação aos adolescentes, por integrarem muitas das características dos estilos de vida actuais que são responsáveis pelo aumento das doenças crónicas e por uma quebra significativa e generalizada da qualidade de vida das pessoas. Estas práticas e comportamentos inserem-se na alimentação, e também no comportamento rodoviário, sexual, na actividade física, nos hábitos de sono, no consumo de álcool, tabaco e outras drogas (European Commission, 2003; Ministério da Saúde, 2004b; Currie & Roberts, 2004).

Neste sentido, entendemos ser importante conhecer a efectividade de um programa de Educação para a Saúde em contexto escolar no reconhecimento da Escola como fonte de

informação de saúde, no impacto da informação de saúde que os adolescentes auto-percepcionam, e nas suas práticas e comportamentos alimentares.

Este estudo empírico teve como objectivos (1) *Identificar as fontes de Informação de saúde que os estudantes do 9º ano do 3º Ciclo do Ensino Básico mais reconhecem, e o impacto, que percebem, da informação de saúde;* (2) *Conhecer as práticas e comportamentos alimentares dos estudantes do 9º ano do 3º Ciclo do Ensino Básico;* (3) *Saber qual o papel que desempenham a idade e o sexo no impacto da informação de saúde que percebem, no reconhecimento das fontes de informação de saúde e nas práticas e comportamentos alimentares;* e (4) *Averiguar a efectividade da Educação para a Saúde em contexto escolar no impacto da informação de saúde que percebem, no reconhecimento das fontes de informação de saúde e nas práticas e comportamentos alimentares.* Para alcançarmos estes objectivos desenvolvemos um estudo longitudinal (estudo de painel) com características *antes-após* (desenho de investigação pré-experimental), com 117 adolescentes de ambos os sexos, com uma média de idades de 14,56 anos.

#### *Os principais resultados*

No que diz respeito aos principais resultados obtidos e sem pretendermos repetir-nos aqui, referimos apenas que, analisando o impacto da informação de saúde, verificamos que, na globalidade, os estudantes auto-percepcionam de forma positiva o impacto desta informação. Os itens n.º4 - *Sinto necessidade dessa informação*, n.º5 - *Tenho curiosidade nessa informação* e n.º 15 - *Leva-me a mudar de práticas e comportamentos* foram, em média os menos pontuados, e os itens n.º.10 - *Compreendo o que leio*, n.º.11 - *Compreendo o que oiço*, e n.º. 12 - *Incentiva-me a saber mais sobre como manter-me saudável*, foram, em média, os mais pontuados (nos dois momentos de avaliação). 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 tornou-se globalmente mais positivo, 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 acções de Educação para a Saúde em contexto escolar.

Este estudo permitiu também reunir elementos empíricos que sugerem que no *reconhecimento das fontes de informação de saúde* os Pais e os Pares são as fontes de informação de saúde mais reconhecidas pelos alunos (quer no 1º quer no 2º momento de avaliação), e que as raparigas, em média, pontuam mais que os rapazes no reconhecimento das fontes de informação de saúde no 1º momento de avaliação, mas que as diferenças se atenuam, no 2º momento de avaliação, e tornam-se estatisticamente não significativas para o total da escala, mas mantêm-se diferenças estatisticamente significativas para os itens n.º 23 - *Com os irmãos*, n.º25 - *Com os colegas, na escola*, n.º26 - *Com os amigos, fora da escola*, n.º39 - *Em Jornais e/ou revistas especializadas*, e n.º40 - *Em Jornais e/ou revistas generalistas*. O Reconhecimento das Fontes de Informação de Saúde aumentou entre o 1º e o 2º momento de avaliação, e não obstante a diferença, para o total da escala, não ser estatisticamente significativa, foi possível verificar que no que se refere aos itens relacionados com a Escola como fonte de informação de Saúde as diferenças foram estatisticamente significativas. Estes resultados sugerem que 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 em relação às práticas e comportamentos alimentares, os adolescentes relatam práticas e comportamentos globalmente salutogénicos. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em função do sexo ou do escalão etário. Os resultados mostram que entre o 1º e o 2º momento de avaliação as práticas e comportamentos alimentares se tornaram globalmente mais salutogénicas, com diferença estatisticamente significativa. Os itens que se revelaram mais sensíveis à mudança foram os relacionados com o número de refeições diárias, com o consumo de sopa, leguminosas e hortaliças, e com o consumo de aperitivos salgados, refrigerantes, fritos, molhos e doces. Estes resultados indiciam que as práticas e comportamentos alimentares auto-relatados pelos estudantes adolescentes se tornam mais salutogénicas com o desenvolvimento de programas de Educação para a Saúde relacionadas com a Alimentação Saudável, em contexto escolar.

Na análise da relação entre a auto-percepção do impacto da informação de saúde, as fontes de informação de saúde mais reconhecidas, e as práticas e comportamentos alimentares verificámos que no 1º momento de avaliação, a correlação entre o reconhecimento das Fontes de Informação de Saúde e a Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde é positiva e estatisticamente significativa, e que se mantém no 2º momento de avaliação, momento em que também se verifica uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre as Práticas e Comportamentos Alimentares e a Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde.

Os resultados sugerem que quanto mais positivo é o impacto da informação de saúde auto-percebido pelos estudantes, maior é o reconhecimento das fontes de informação de

saúde (tanto no 1º como no 2º momento de avaliação), e que quanto mais positiva é a auto-percepção do impacto da informação de saúde, mais salutogénicas são as práticas e comportamentos alimentares dos estudantes (no 2º momento de avaliação).

Os resultados globais são abonatórios do reconhecimento da efectividade do desenvolvimento de programas de Educação para a Saúde em contexto escolar 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 alimentares mais salutogénicos.

#### *Limitações e implicações futuras*

Os resultados que acabamos de descrever devem ser interpretados com o cuidado a que as limitações deste estudo obrigam. De entre estas limitações destacamos o facto de, tratando-se de uma amostra acidental, não podermos garantir que é representativa de toda a população estudantil adolescente e jovem. Além disso, tratando-se de um estudo pré-experimental, sem grupo de controlo, não permite controlar, entre outros, o efeito da maturação dos adolescentes, e o facto das práticas e comportamentos alimentares serem avaliadas com base no auto-relato e não em observações directas, leva a que as considerações feitas possam sair de certo modo fragilizadas. Também o facto de termos utilizado exclusivamente metodologia quantitativa, e a informação tratada resultar de respostas a itens fechados, poderá revelar menor validade das escalas, e ter contribuído para as características psicométricas menos “robustas” de alguns dos instrumentos usados.

Após estas considerações, entendemos poder, mesmo assim, salientar que, na nossa opinião, os resultados obtidos realçam a importância de serem tomadas em consideração as diferenças de género no planeamento e organização de acções de Educação para a Saúde em contexto escolar, quer ao nível da determinação das práticas e comportamentos que devem ser alvos preferenciais da atenção destas iniciativas (não obstante a natureza holística que as deve caracterizar), quer da escolha das melhores estratégias para a divulgação da informação, incrementação de níveis mais elevados de literacia em saúde e criação de grupos de trabalho motivantes e efectivos nos desígnios da promoção da saúde. Outro aspecto a salientar é o facto de os resultados apontarem para a efectividade da Educação para a Saúde em contexto escolar quer no incremento da auto-percepção positiva do impacto da informação de saúde, quer no reconhecimento da Escola como fonte de informação de saúde, quer no desenvolvimento de práticas e comportamentos alimentares mais salutogénicos. Deste modo sugerimos que:

O contributo e envolvimento de todas as fontes de informação de saúde é recomendável no contexto da Educação para a Saúde, como o fazem prever as correlações positivas e

estatisticamente significativas verificadas entre o reconhecimento das fontes de informação de saúde e o impacto da informação de saúde auto-percebido, e os resultados que indicam que quanto mais positivo é esse impacto auto-percebido, mais salutogénicas são muitas das práticas e comportamentos alimentares auto-relatados pelos adolescentes.

As actividades organizadas de forma a envolver a Família, os Pares e a Escola podem ser mais efectivos na promoção da literacia em saúde e, desta forma, podem ser também mais efectivos na promoção de práticas e comportamentos saudáveis.

É necessário manter, aumentar, e tornar mais efectivos, os esforços desenvolvidos em contexto escolar para a promoção da saúde, desenvolvendo mais actividades e fazendo-o de forma mais sistemática, de maneira a aumentar o seu reconhecimento como fonte de informação de saúde e tornar mais positivo o seu impacto.

É igualmente necessário aumentar junto dos estudantes o reconhecimento dos Serviços de Saúde como fontes de informação de saúde, melhorando a acessibilidade e disponibilidade dos mesmos junto a estes grupos.

#### *Investigações futuras*

Dada a natureza deste trabalho, de certa forma pioneira nomeadamente no que diz respeito ao estudo da efectividade dos programas de Educação para a Saúde em contexto Escolar, vislumbram-se algumas linhas de investigação, que nos parecem pertinentes e que passamos a enumerar.

Os resultados revelaram que os Pais e os Pares são as fontes de informação de saúde mais reconhecidas pelos estudantes. Pensamos ser importante, em investigações futuras, identificar os factores que justificam estes resultados, e muito particularmente verificar se a incrementação de níveis de literacia em saúde nos Pais e Pares aumenta a correlação entre o seu reconhecimento como fontes de informação, o impacto auto-percebido dessa informação, e práticas e comportamentos alimentares mais salutogénicos.

Também desenhos de investigação de natureza experimental e de corte longitudinal, e que integrem metodologia quantitativa e qualitativa, incluindo a observação directa das práticas e comportamentos determinantes de saúde poderão ser importantes no estudo da relação entre as fontes de informação, a auto-percepção do impacto dessa informação e as suas correlações com as práticas e comportamentos, ao longo do seu percurso escolar.

## Referências Bibliográficas

- Aerts, D.; Alves, G. G.; La Salvia, M. W. & Abegg, C. (2004). Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1020-1028.
- Andrade, M.C.P. (2001). Psicologia da Saúde: Contributos de uma abordagem interdisciplinar da Educação para a Saúde. *Revista Referência*, 7, 17-24.
- Aveyard, P.; Markham, W.A. & Cheng, K.K. (2004). A methodological and substantive review of the evidence that schools cause pupils to smoke. *Social Science & Medicine*, 58, 2253-2265.
- Bazzo, W.A.; Linsinger, I.V. & Pereira, L.T.V. (2003). *Introdução aos estudos CTS (ciência, tecnologia e sociedade)*. Madrid: Cadernos de Ibero-Americana. OEI- organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação a ciência e a cultura.
- Bennett, P. & Murphy, S.(1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Berg, C.; Jonsson, I. & Conner, M. (2000). Understanding choice of milk and bread for breakfast among Swedish children aged 11-15 years: an application of the Theory of Planned Behaviour. *Appetite*, 34, 5-19.
- Berg-Kelly, K. (2003). Adolescent Health, School Health Activities, Community Contexts, and Health Surveys in Sweden. *Journal Of Adolescent Health*, 33, 226–230.
- Bizzo, M. L.G. (2002). Difusão científica, comunicação e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 307-314.
- Braconnier, A. & Marcelli, D.(2000). *As mil faces da Adolescência*. Lisboa, Climepsi Editores
- Burgher, S.; Rasmussen, V.B. & Rivett, D. (1999). *The European Network of Health Promoting Schools: the alliance of education and health*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- Buck, D.; Godfrey, C. ; Morgan, (1997). The contribution of health promotion to meeting health targets: questions of measurement, attribution and responsibility. *Health Promotion International*, 12, 220-232.
- Calado, J.M. (1998). O adolescente e o consumo de gorduras e fibras alimentares – conhecimentos, atitudes e comportamentos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 5-21.
- Carmo, I. (1997). *Magros, gordinhos e assim-assim: perturbações alimentares dos jovens* Porto: Edinter.
- Carvalho, S.R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1088-1095.
- Castilho, M.C. & Silveira, M.I.N. (1991). Uma experiência de inquérito para avaliação do conhecimento nutricional da população estudantil da Universidade de Coimbra. *Revista Portuguesa de Nutrição*, 3, 46-55.
- Center for Media Studies (2000). *Setting Research Directions for Media Literacy and Health Education. A Research Conference held*. New Jersey, April 15 –17, 2000. Acedido a 12 de Fevereiro de 2005 em [http://www.mediastudies.rutgers.edu/mh\\_conference/index.html](http://www.mediastudies.rutgers.edu/mh_conference/index.html)
- Christopherson, T.M. & Jordan-Marsh, M. (2004). Culture & Risk Taking in Adolescents' Behaviors. *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing*, 29, 100-105.
- Claes, M. (1990). *Os problemas da adolescência*. 2ª Ed. Lisboa: Editorial Verbo.

- Contento, I. R.; Michela, J. L. & Goldberg, C. J. (1988). Food choice among adolescents: population segmentation by motivations. *Journal of Nutrition Education*, 20, 289–298.
- Costa, M. & López, E. (1998). *Educación para la salud. Una estratégia para cambiar los estilos de vida*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Cotrim, B. C.; Carvalho, C. G. & Gouveia, N. (2000). Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 34, 636-45.
- Currie C. & Roberts, C. (2004). Introduction. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp.1-6). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Department of Health and Human Services (2000). *Healthy People 2010*. Washington: DHHS. Acedido a 17 de Janeiro de 2005 em <http://www.health.gov/healthypeople/document/html/volume1/11healthcom.htm>
- Department of Health (1999). *Saving Lives: Our Healthier Nation*. London: HMSO. Acedido a 17 de Janeiro em <http://www.official-documents.co.uk/document/cm43/4386/4386.htm>
- Dias, M.R.; Duque, A.F.; Silva, M.G. & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia?. *Análise Psicológica*, 3, 463-473.
- Dixe, M.A.C. (2002). *Aspectos Familiares nas Doenças do Comportamento Alimentar*. (Tese de Doutoramento). Não publicado. Badajoz: Universidad de Extremadura. Facultad de Educació.
- Direcção-Geral da Saúde (2003). *Risco de Morrer em Portugal, 2001*. Lisboa: DGS. Acedido a 12 de Janeiro de 2005 em [http://www.dgv.pt/UploadedFiles/RelDez\\_04\\_03\\_Internet.pdf](http://www.dgv.pt/UploadedFiles/RelDez_04_03_Internet.pdf)
- Direcção-Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa DGS. Acedido a 14 de Julho de 2006 em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>
- ENHPS (1998). *The Health Promoting School – an investment in education, health and democracy. Case study book. First Conference of the European Network of Health Promoting Schools, Thessaloniki–Halkidiki, Greece, 1–5 May 1997*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document EUR/ICP/IVST 06 01 02 [B]).
- Erlen, J.A. (2004). Functional Health Illiteracy. Ethical Concerns. *Orthopaedic Nursing*, 23, 150-153.
- European Commission (2003). *The health status of the European Union – Narrowing the health gap*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Ewles, L. & Simnett, I. (2003). *Promoting Health. A practical guide*. New York: Baillière Tindall.
- Ferreira, F.A.G. (1983). *Nutrição humana*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fortin, Marie-Fabienne (1999). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Frasquilho, M.A. (1998). Estilo de vida, comportamentos e educação para a saúde. Comportamento-problema e comportamento saudável segundo os adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 16, 13-19.

- Gabhainn, S.N. (2004). Young people's health and health-related behaviour. Introduction. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp.53-54). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Gaspar, N.M.S. (1999). *Estudo da Imagem Corporal na Adolescência*. (Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica). Não publicado. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Gaspar, P.J.S. (2006). *Educação para a saúde e estudantes: as fontes e o impacto da informação*. (Dissertação de mestrado em Comunicação e Educação em Ciência). Não publicado. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro.
- Gazzinelli, M.F.; Gazzinelli, A.; Reis, D.C. & Penna, C.M.M. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 200-206.
- Gibson, E. L.; Wardle, J. & Watts, C. J. (1998). Fruit and Vegetable Consumption, Nutritional Knowledge and Beliefs in Mothers and Children. *Appetite*, 31, 205-228.
- Giordan, A. (2000). Health Education, Recent and Future Trends. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 95, 53-58.
- Gordillo, M.M.; Osório, C. & Cerezo, J.A.L. (2000). *La educación en valores a través de CTS. Contribución al Foro Iberoamericano sobre Educación en Valores*. Montevideo 2-6 de Octubre de 2000. Acedido a 12 de Fevereiro de 2005 em <http://www.campus-oei.org/salactsi/mgordillo.htm>
- Hepworth, J. (1997) Evaluation in health outcomes research: linking theories, methodologies and practice in health promotion. *Health Promotion International* 12, 239-250.
- Hill, M.M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Síbalo.
- Honoré, B. (2002). *A saúde em projecto* (Tradução de Ilda Cristina d'Espiney). Loures: Lusociência
- Kickbusch, I.S. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16, 289-297.
- Lei n.º 32/2003, D.R., I Série - A, 193 (22-08-03) 5329 -5344.
- Lei n.º 04/2001, D.R., I Série - A, 46 (23-02-01) 1030 - 1042.
- Lei n.º 120/99, D.R., I Série - A, 186 (11-08-99) 5232 -5234.
- Lei n.º 115/97, D.R., I Série - A, 217 (19-09-97) 5082 -5083.
- Lee, A. & Tsang, C.K.K. (2004). Youth risk behaviour in a Chinese population: a territory-wide youth risk behavioural surveillance in Hong Kong. *Public Health*, 118, 88-95.
- Lytle, L.A. (2003). Nutritional issues for adolescents. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology and Metabolism*, 17, 177-189.
- Maes, L. & Lievens, J. (2003). Can the school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behaviour. *Social Science & Medicine*, 56, 517-529.
- Marques, A.M.; Prazeres, V.; Pereira, A.; Vilar, D.; Forreta, F.; Cadete, J. & Meneses, P.F. (2000) *Educação Sexual em Meio escolar – Linhas Orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação/Ministério da Saúde.

- Martins, S. (1995). Alimentação de um atleta adolescente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 13, 49-76.
- Matarazzo, J.D. (1984) *Behavioral Health: A 1990's challenge for the health sciences professions*. In J.D. Matarazzo, N.E. Miller, S.M. Weiss e J.A. Herd (Eds), *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention* (pp.3-40).Nova Iorque: John Wiley.
- Matos, M.G. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3, 449-462.
- McLellan, L.; Rissel, C. ; Donnelly, N. & Bauman, A. (1999). Health behaviour and the school environment in New South Wales, Australia. *Social Science & Medicine*, 49, 611- 619.
- Merchán-Hamann, E. (1999). Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, 85-92.
- Ministério da Saúde (2001). *Guias de Educação e Promoção da Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2003). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2004a). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Mais saúde para todos*. Volume I - Prioridades. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2004b). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Mais saúde para todos*. Volume II - Orientações estratégicas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2006). *Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.. Acedido a 15 de Julho de 2005 em [http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1CEEF249-8AA5-4B5F-BA05-866C7D3D57E8/0/ProtocoloME\\_MS.pdf](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1CEEF249-8AA5-4B5F-BA05-866C7D3D57E8/0/ProtocoloME_MS.pdf)
- Morgan, A. (2004). Discussion and implications. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 207-216). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Navarro, M.F. (1995). Educação para a Saúde e profissionais de saúde comunitária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 13, 77-83.
- Nunnally, G. C. (1978). *Psychometric theory*. 2ª Edição. New York: McGraw Hill.
- Nunes, E. & Breda, J. (2001). *Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion- progress, problems and Solutions. *Health Promotion International*, 13, 27-44.
- Nutbeam, D. (1997). Promoting Health and Preventing Disease: An International Perspective on Youth Health Promotion. *Journal of Adolescent Health*, 20, 396-402.
- Nutbeam, D. (1999). *The challenge to provide 'evidence' in health promotion*. *Health Promotion International*, 14, 99-101.
- Nutbeam, D. & Kickbusch, I. (2000). Advancing health literacy: a global challenge for 21<sup>st</sup> century. *Health Promotion International*, 15, 183-184.
- OCDE (2004). *Education at a Glance 2004 – Glossary*. Acedido a 20 de Março de 2005 em <http://www.oecd.org/dataoecd/45/17/33692376.pdf>

- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Manuais Universitários 11. Lisboa: Climepsi.
- Official Journal (1989). Resolution of the Council and the Ministers of Education meeting within the Council of 23 November 1988 concerning health education in schools. *Official Journal*, C3, 05/01/1989, 1-3. Acedido a 5 de Setembro de 2004 em <http://europa.eu.int/portail>
- OPSS (2003a). *A Salutogénese e o Cidadão*. Acedido a 20 de Outubro de 2004 em <http://www.observaport.org/OPSS/Menu/Cidadao/Salutogenese+e+o+cidadao/Estado+da+arte/estado+da+arte.htm>
- OPSS (2003b). *Evolução dos sistemas de saúde*. Acedido a 20 de Outubro de 2004 em <http://www.observaport.org/NR/OPSS/print.asp?id={1E872CB2-BD23-4BBD-A364-4A06A72C671D}&op=DOCUMENT>
- Pais Ribeiro, J.L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Pais Ribeiro, J.L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Pais Ribeiro, J.L. (2000). Mental Heathy inventory : Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 77-99.
- Paul, C. & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pereira, A.M.S. (2001). *Para uma melhor compreensão da área de opção: Educação para a Saúde*. Coimbra: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra (Policopiado, texto de circulação restrita).
- Pereira, A.M.S. & Ramos, S. (2000). Promoção dos estilos de vida saudável em contexto académico. In Constança Machado (Eds.). *Actas do Congresso Internacional Interfaces da Psicologia, Vol II* (pp. 229-237). Évora: Universidade de Évora.
- Pereira, A.M.S.; Vaz, A.L.; Motta, E.; Pinto, C.; Bernardino, O.; Melo, A.; Pereira, A.; Medeiros, J.; Lopes, P.; Ferreira, J.; Rodrigues, M.J. & Mendes, R. (2005). Projecto “Estilos de Vida Saudável versus Insucesso Escolar: sua etiologia, programas de acção e estratégias promotoras de qualidade”. In A. Pereira & E. Motta (Eds.). *Acção Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção. Actas do Congresso Nacional* (pp. 307-314). Coimbra: SASUC Edições.
- Prazeres, V. (1998). *Saúde dos adolescentes: Princípios orientadores*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Polít, D.; Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Prazeres, V. (2002). *Saúde dos adolescentes*. In Silva, Luísa Ferreira (2002). *Promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Prohaska, T.R.; Peters, K.E. & Warren, J.S. (2000). Health Behavior: From Research to Community Practice. In G.L. Albrecht; R. Fitzpatrick, & S. Scrimshaw (Eds.), *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine* (pp. 359-373). London: SAGE Publications Ltd.
- Raphael, D. (1996). Determinants of Health of North-American Adolescents: Evolving Definitions, Recent Findings, and Proposed Research Agenda. *Journal of Adolescent Health*, 19, 6-16.
- Redman, B.K.(2003). *A Prática da Educação para a Saúde*. Loures: Lusociência.
- RNEPS (2001). *Relatório de Actividades – CAN*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 28 de Janeiro de 2005 em <http://www.dgsaude.pt/>

- Rodrigues, M.; Pereira, A. ; Barroso, T. (2006). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra : Formasau
- Roininen, K., Lähteenmäki, L. & Tuorila, H. (1999). Quantification of Consumer Attitudes to Health and Hedonic Characteristics of Foods. *Appetite*, 33, 71–88.
- Rozin, P.; Fischler, C.; Imada, S.; Sarubin, A. & Wrzesniewski, A. (1999). Attitudes to Food and the Role of Food in Life in the U.S.A., Japan, Flemish Belgium and France: Possible Implications for the Diet–Health Debate. *Appetite*, 33, 163–180.
- Samdal, O.; Dür, W. & Freeman, J. (2004). School. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 42-51). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Sampaio, D. (1994). *Inventem-se novos pais*. 12ª Ed. Lisboa: Caminho.
- Santos, J.O. (1999). Preocupações dos adolescentes e algumas práticas dos seus estilos de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 17, 27-42.
- Settortobulte, W. & Matos, M.G (2004). Peers and health. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 178-183). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Silva, L.F. (2002). *Promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, M.E.V.M. (1999). *Desafios Pedagógicos para o Século XXI: suas raízes em forças de mudança de natureza científica, tecnológica e social*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Smith, P.K. *et al* (2001). *Compreender o desenvolvimento da criança*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos-Instituto Piaget
- Stephoe, A.& Wardle, J. (2001).Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Social Science & Medicine*, 53, 1621–1630.
- Streiner, D. L. & Norman, G.R. (1989). *Health measurement scales - a prattical guide to development and use*. London: Oxford Medical Publications.
- Tavares, J. & Alarcão, I. (1992). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. 1ª Ed. Coimbra: Livraria Almedina
- Thrush, D.; Fife-Schaw, C. & Breakwell, G.M. (1997). Young people’s representations of others’ views of smoking: is there a link with smoking behaviour?. *Journal of Adolescence*, 20, 57–70.
- Todd, J. & Currie, D. (2004). Sedentary behaviour. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 98-108). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Tones, T. & Robinson (1990). *Health Education effectiveness and efficiency*. Londres: Chapman and Hall

- Torsheim, T.; Välimaa, R. & Danielson, M. (2004). Health and well-being. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 55-62). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Turner, S.B. (2000) The history of changing concepts of health and illness: outline of a general model of illness categories. In G.L. Albrecht; R. Fitzpatrick, & S. Scrimshaw (Eds.), *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine* ( pp. 9-23). London: SAGE Publications Ltd.
- Uitenbroek, D.G.; Kerekovska, A. & Festchieva, N. (1996). Health Lifestyle Behaviour And Socio-Demographic Characteristics. A Study Of Varna, Glasgow and Edinburgh. *Social Science & Medicine*.43, 367-377.
- Vaz, A.L.; Motta, E. & Pereira, A.M.S. (2005). (In)sucesso académico, saúde e bem-estar. *Rua Larga – Revista da Reitoria da Universidade de Coimbra*.9, 8-9.
- Vaz-Serra, A (1994). *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*, Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Vereecken, C.; Ojala, K. & Jordan, M.D. (2004). Eating habits. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 110-119). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- WHO (1948). *Officials Records of the World Health Organization, n.º.2, p.100*. United Nations, World Health Organization. Geneve: Interim Comission.
- WHO (1978). *Alma-Ata: Primary Health Care*. Geneve: WHO.
- WHO (1986a). *Health Promotion: concepts and principles in action, a policy framework*. Geneve: WHO
- WHO (1986b). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneve: WHO
- WHO (1988). *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Agosto de 2004 em [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide\\_recommendations.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommendations.pdf)
- WHO (1989). *European Charter on Environment and Health – First European Conference on Environment and Health. Frankfurt, 7-8 December 1989*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- WHO (1991). *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Agosto de 2004 em [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/sundsvall\\_statement.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/sundsvall_statement.pdf)
- WHO (1997). *A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Agosto de 2004 em [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta\\_declaration\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_portuguese.pdf)
- WHO (1998a) *Health promotion glossary*. Geneve: WHO.
- WHO (1998b). *Health 21: Health for All in the 21st century*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- WHO (2000). *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Agosto de 2004 em [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/mxconf\\_report\\_sp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/mxconf_report_sp.pdf)

WHO (2001). *Saúde Dos Adolescentes: Estratégia Para A Região Africana*. WHO Regional Office for Africa. Brazzaville.

WHO (2003). *The European Health Report 2002*, European Series, n.º 97. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

WHO (2003a). *Atlas of health in Europe*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.

WHO (2003b). *The World health report : 2003 : shaping the future*. Geneve : WHO.

## WEBGRAFIA

### **Direcção Geral da Saúde**

Página Web oficial da DGS, onde está disponível informação, publicações e artigos científicos em áreas como a Promoção da Saúde, Informação de Saúde e outras relacionadas.

<http://www.dgsaude.pt/>

### **Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS)**

Página Web oficial do OPSS. Este Observatório tem como finalidade proporcionar uma análise precisa, periódica e independente da evolução do sistema de saúde português e dos factores que a determinam, e é constituído por uma rede de investigadores e instituições académicas dedicadas ao estudo dos sistemas de saúde. Nesta página estão disponíveis inúmeros trabalhos de investigação sobre os serviços de saúde. <http://www.observaport.org/OPSS/>

### **Organisation for Economic Co-operation and Development (OCDE)**

Página Web oficial da OCDE que, entre outra informação, disponibiliza estatísticas e artigos relacionados com a Saúde e Desenvolvimento Económico e Social.

<http://www.oecd.org/>

### **Scielo - Scientific Electronic Library Online**

Página Web que permite aceder a inúmeros artigos científicos e revistas internacionais dedicadas à Saúde Pública e Promoção da Saúde.

<http://www.scielo.org/>

### **The Canadian Health Network - healthy living and health promotion information**

Página Web oficial da Public Health Agency of Canada, que disponibiliza uma ampla e actualizada informação (incluindo inúmeros artigos científicos) sobre vários tópicos relacionados com a saúde e a promoção de estilos de vida saudáveis.

<http://www.canadian-health-network.ca/>

**The Center for Media Studies**

Na página Web oficial desta organização, fundada pelo *Department of Journalism and Media Studies in the School of Communication, Information, and Library Studies* da Universidade de Rutgers, New Jersey, e que investiga o impacto dos meios de comunicação de massas na sociedade contemporânea, estão disponíveis vários artigos científicos e estudos relacionados com a Juventude, Meios de Comunicação de Massas, Educação e Saúde.

[www.mediastudies.rutgers.edu](http://www.mediastudies.rutgers.edu)

**World Health Organization (WHO)**

Página Web oficial da WHO, que disponibiliza inúmera informação relacionada com a Saúde e os seus determinantes, e permite o acesso a publicações e artigos científicos nesta área.

<http://www.who.int/>

## APÊNDICES

**Apêndice A** Questionário no 1º momento de avaliação

**Apêndice B** Questionário no 2º momento de avaliação

## Apêndice A

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA					
Questionário ( 1º momento)					
Olá.					
Gostáramos que colaborasses num estudo que estamos a realizar com o objectivo de identificar as fontes de informação de saúde que tu reconheces, o impacto da informação de saúde que percepcionas e caracterizar o teu comportamento alimentar. O preenchimento deste questionário é voluntário. Não deixes nenhuma questão por preencher. Não há respostas certas nem erradas. Obrigado.					
1- Escreve o teu primeiro e último nome: _____					
2 -Que idade tens? _____ anos.    3 - Sexo: Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>					
De acordo com os parâmetros <b>Nunca</b> , <b>Raramente</b> , <b>Às vezes</b> , <b>Frequentemente</b> e <b>Muito frequentemente ou sempre</b> , dá a tua opinião sobre as seguintes questões (coloca um X na opção que consideres mais correcta):					
<b>Sobre a Informação como evitar práticas e comportamentos de risco e ter práticas e comportamentos saudáveis, considero</b>					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente ou sempre
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A Informação que me permite evitar práticas e comportamentos de risco e ter práticas e comportamentos saudáveis obtenho-a:</b>					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente ou sempre
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Em relação às minhas práticas e comportamentos alimentares, considero que:</b>					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente ou sempre
46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Obrigado pela tua participação.</i>					

## Apêndice B

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA					
Questionário ( 2º momento)					
Olá.					
Gostaríamos que colaborasses num estudo que estamos a realizar com o objectivo de identificar as fontes de informação de saúde que tu reconheces, o impacto da informação de saúde que percepcionas e caracterizar o teu comportamento alimentar. O preenchimento deste questionário é voluntário. Não deixes nenhuma questão por preencher. Não há respostas certas nem erradas. Obrigado.					
1- Escreve o teu primeiro e último nome: _____					
2 -Que idade tens? _____ anos.    3 - Sexo: Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>					
De acordo com os parâmetros <b>Nunca</b> , <b>Raramente</b> , <b>Às vezes</b> , <b>Frequentemente</b> e <b>Muito frequentemente ou sempre</b> , dá a tua opinião sobre as seguintes questões (coloca um X na opção que consideres mais correcta):					
<b>Sobre a Informação como evitar práticas e comportamentos de risco e ter práticas e comportamentos saudáveis, considero</b>					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente ou sempre
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A Informação que me permite evitar práticas e comportamentos de risco e ter práticas e comportamentos saudáveis obtenho-a:</b>					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente ou sempre
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Em relação às minhas práticas e comportamentos alimentares, considero que:</b>					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente ou sempre
46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigado pela tua participação.